



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Norberto Armada

Evolução da Ambivalência no Tratamento Transdiagnóstico de  
Perturbações Emocionais: Um Estudo de Caso.

Junho de 2018



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Norberto Armada

**Evolução da Ambivalência no Tratamento Transdiagnóstico de  
Perturbações Emocionais: Um Estudo de Caso.**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do

**Professor Doutor Miguel Gonçalves**

**Doutora Joana Silva**

Junho de 2018

## DECLARAÇÃO

Nome: Norberto Pereira Gomes Armada

Endereço eletrónico: a69505@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 08573464

Título da dissertação: Evolução da Ambivalência no Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações

Emocionais: Um Estudo de Caso.

Orientadores: Doutora Joana Silva e Professor Doutor Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: Mestrado em Psicologia Aplicada

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, 08/06/2018

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

## Índice

Agradecimentos .....	vi
Resumo .....	7
Abstract .....	8
Introdução .....	9
Metodologia .....	11
Cliente .....	11
Terapia .....	12
Terapeuta .....	14
Instrumentos .....	14
<i>Resultado terapêutico</i> .....	14
<i>Medidas de processo terapêutico</i> .....	15
<i>Medidas de processo terapêutico do presente estudo</i> .....	16
Procedimento .....	16
<i>Anterior ao presente estudo</i> .....	16
<i>Presente estudo</i> .....	18
<i>Cálculo de elaboração de MIs e MAs</i> .....	19
Resultados .....	19
Resultados de arquivo .....	19
<i>Emergência de Momentos de Inovação</i> .....	20
Resultados do presente estudo .....	21
<i>Emergência de Marcadores de Ambivalência: Resultados descritivos</i> .....	21
<i>Análise qualitativa</i> .....	22
Discussão.....	26
Limitações e direções futuras.....	29
Referências.....	31

## Índice de Tabelas

<i>Tabela 1.</i> Resultados terapeuticos obtidos nos instrumentos de auto-relato. ....	19
--	----

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Evolução da proporção total de MIs. ....	20
---	----

<i>Figura 2.</i> Evolução da ambivalência.....	21
--	----

## Agradecimentos

Muitos foram os que me acompanharam neste longo percurso de novidade a quem tenho muito a agradecer:

Às minhas filhas Ana Francisca e Ana Manuel, pelo amor incondicional que nos une, porque me trazem felicidade todos os dias e pelo exemplo de vontade em querer aprender cada vez mais;

Pelos desafios diários, apoio incondicional, cumplicidade e por teres sido a primeira a acreditar, a ti Goreti;

Pelo apoio e confiança aos meus irmãos e sobrinhos;

Pelos conselhos mesmo quando o tempo era parco e porque admiro a tua carreira académica, a ti Gabriela;

Pela partilha e suporte, a ti Fabrício e família, em especial o meu afilhado Caetano;

À Doutora Paula Leal, por tudo o que sabe que fez por mim e por me ter proporcionado o contato com a Psicologia;

À Doutora Joana Silva e ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, pela orientação de excelência, muitos foram os Momentos de Inovação na nossa interação.

À Sara Pereira e Daniela Costa pela partilha dos momentos de angustia, conhecimento e realização;

À Doutora Carina e Doutora Cátia Braga pela disponibilidade e esclarecimentos;

Aos colegas e investigadores da equipa dos Momentos de Inovação pela forma como me acolheram, por me terem permitido fazer parte desta família, pela interajuda, partilha de conhecimento e pelos momentos de diversão, já sinto saudade;

Por fim queria dedicar este trabalho aos meus pais, Manuel Armada e Maria Ondina, por tudo o que me ensinaram, pelos valores que me inculcaram e pelo exemplo de sabedoria e coragem que me transmitem. Hoje sou o que sou graças a vocês.

E eu...? Eu, acreditei, lutei, adaptei-me, aprendi...consegui. Parabéns! Estou Feliz!!

## Resumo

A ambivalência pode ser entendida como um movimento cíclico entre duas posições opostas do *self*: uma que expressa mudança, e outra que expressa estabilidade, ainda que disfuncional. Os clientes, quando começam a conceber novas formas de encarar o problema, poderão sentir a sua estabilidade ameaçada e tendem a reafirmar o padrão problemático. Este fenómeno tem vindo a ser recentemente estudado de um modo empírico, através da identificação de Marcadores de Ambivalência.

Este estudo teve como objetivo a exploração e análise, num caso de sucesso, da evolução da ambivalência em psicoterapia com o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais. Tendo em conta este objetivo, codificou-se uma amostragem de sessões pré-selecionadas com recurso ao Sistema de Codificação de Ambivalência. Procedeu-se a uma análise quantitativa e qualitativa das sessões de forma a articular os resultados terapêuticos com a evolução da ambivalência, considerando o foco terapêutico sugerido pelo protocolo terapêutico. Os resultados revelam uma diminuição do padrão de Marcadores de Ambivalência, nomeadamente nas sessões cujo foco sugerido pelo protocolo terapêutico incide na exposição interoceptiva e emocional, o que sugere que, a melhoria das dificuldades apresentadas pela cliente, se relacionavam com a capacidade de fomentar formas alternativas de lidar com a ansiedade.

**Palavras-chave:** Ambivalência; Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais; Regulação Emocional; Sucesso Terapêutico.

## Abstract

Ambivalence can be perceived as a cyclic movement between two opposing positions of the Self – one expressing change and another expressing stability, even if it is a dysfunctional stability. When patients begin to conceive new ways of facing the problem, they might feel their stability threatened and tend to reaffirm the problematic pattern. This phenomenon has been recently studied empirically by identifying Ambivalence Markers.

The goal of this study was to explore and analyse the evolution of the ambivalence in psychotherapy using the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, in a successful treatment case. For that a sample of pre-selected sessions was coded with the Ambivalence Coding System. A quantitative and qualitative analysis of the sessions was performed in order to explore the articulation between the therapeutic results and the evolution of ambivalence, considering the therapeutic focus suggested by the transdiagnosis protocol.

The results suggested a decrease of ambivalence, namely in the therapeutic sessions with the focus on interoceptive and emotional exposure. This suggests that the observed improvement in the difficulties reported by the patient were related with the capacity to promote alternative ways to deal with anxiety.

**Keywords:** Ambivalence; Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; Emotional Regulation; Therapeutic Success.

## Introdução

O conceito de ambivalência tem sido amplamente utilizado na psicologia. Freud (1913), por exemplo, usou-o para definir a existência de amor e ódio em relação ao mesmo objecto. Entendido como uma forma de resistência, o termo ambivalência foi introduzido inicialmente na teoria psicanalítica e posteriormente tornou-se transversal a quase todas as tradições teóricas. No entanto, a definição e os mecanismos envolvidos, bem como as orientações para superá-la, variam substancialmente (Moleiro & Talebi, 2002) de modelo para modelo. Roger (1951) via a resistência como resultado de uma ameaça percebida para a consciência e a integridade do eu. Estas experiências seriam negadas, distorcidas ou inadequadamente simbolizadas com a finalidade de se tornarem mais congruentes com a auto-organização da pessoa. Beck, Freeman e colaboradores (1990), preferem adotar o termo não colaboração, para evitar implicações pejorativas que advém do termo resistência. Discutem uma série de fatores pelos quais os problemas de colaboração podem ocorrer centrados nas crenças disfuncionais, abordagens terapêuticas e fatores ambientais. Embora com base na terapia cognitivo comportamental, Leahy (2001) apresenta uma abordagem mais integrada, sugerindo que cada dimensão da resistência representa um estilo de pensamento relativamente autónomo que necessita de ser entendido e abordado na terapia dentro das suas próprias regras e lógicas. Mais recentemente Engle e Arkowitz (2008), descrevem a ambivalência como uma forma de proteção, que implica um processo interno de conflito entre duas tendências opostas de comportamentos, pensamentos e sentimentos.

Tendo como ponto de partida teórico o conceito de self dialógico (Hermans & Kempen, 1993) e de autonarrativa (McAdams, 1993; Neimeyer, 2004), a ambivalência tem sido estudada no contexto da investigação dos momentos de inovação (Gonçalves, Matos & Santos, 2009; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Augus, & Greenberg, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves, & Conde, 2009; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Mendes et al., 2010) através de uma lente processual. As auto-narrativas podem ser entendidas como estruturas cognitivas, afetivas e comportamentais (Neimeyer, 2004) que funcionam como normas implícitas permitindo a construção de significado da experiência. Esta construção de significado organiza a experiência, conferindo-lhe estabilidade e previsibilidade (Santos, Gonçalves & Matos, 2011). A construção de significado não está limitada à organização de eventos de vida à medida que eles vão ocorrendo, é um processo no qual as experiências são selecionadas, sintetizadas e posteriormente articuladas na história pessoal (McAdams, 1993).

No entanto, as narrativas podem tornar-se redundantes na atribuição de significado e disfuncionais. Neste caso, as experiências de vida são interpretadas sempre da mesma forma

independentemente das circunstâncias (Ribeiro & Gonçalves, 2010), tornam-se rígidas, inflexíveis e condicionam a vida dos indivíduos na forma de pensar, agir e sentir, excluindo sistematicamente experiências que são contraditórias ou incongruentes com as suas regras (Gonçalves & Ribeiro, 2011). À luz da teoria do self dialógico (Hermans & Kempen, 1993), as narrativas de vida são constituídas por agregados de múltiplas vozes em diálogo. Dialogicamente, a rigidez das autonarrativas pode ser conceptualizada como uma relação de domínio e assimetria entre as diferentes vozes, em que as promotoras da novidade são excluídas pelas vozes problemáticas, promovendo uma atribuição de significado das experiências rígida e inflexível (Cunha, Gonçalves & Valsiner, 2011; Hermans & Kempen, 1993).

Neste contexto, um processo terapêutico bem-sucedido permite uma transformação de significados pessoais e a emergência de uma auto-narrativa alternativa e uma nova compreensão acerca de si e do mundo (Angus, 2012; Gonçalves & Stiles, 2011). White & Epston (1990) definiram estas experiências fora da influência da auto narrativa problemática como “resultados únicos”, Gonçalves & Colaboradores (2011) conceptualizaram estes momentos como momentos de inovação. Desta forma, a emergência de novidade possibilita a mudança terapêutica (Ribeiro & Gonçalves, 2010), no entanto, a novidade também desafia a forma como habitualmente a pessoa vê o mundo, criando instabilidade e descontinuidade (Gonçalves & Ribeiro, 2011). Desta forma, os momentos de inovação (MIs) podem ser considerados como pontos de bifurcação (Valsiner & Sato, 2006), ou seja, momentos em que o cliente tende a resolver uma tensão entre duas posições opostas do self. Esta resolução pode passar pela amplificação ou pela atenuação da novidade (Valsiner, 2008). A amplificação diz respeito à expansão do potencial dos MIs, criando oportunidade para a ocorrência de desenvolvimento. Por outro lado, a atenuação refere-se à desvalorização do potencial de mudança dos MIs. Estes momentos em que o potencial de mudança contido nos MIs é imediatamente atenuado através de um retorno ao padrão problemático é conceptualizado no contexto da investigação dos Momentos de Inovação como um marcador de ambivalência (MA) (Ribeiro & Gonçalves, 2011).

Os estudos anteriores assinalam a possibilidade de identificação de MAs quer em casos de sucesso, quer em casos de insucesso, no entanto a evolução ao longo do processo terapêutico pode apresentar diferenças (Ribeiro *et al.*, 2014). Assim nos casos de sucesso, há uma tendência para uma maior percentagem de MAs na fase inicial e intermédia do processo terapêutico, decrescendo no final. Nos casos de insucesso a percentagem de MAs pode apresentar-se similar aos casos de sucesso no início da terapia, no entanto tendem a manter-se constantes ou mesmo aumentar na fase final do

processo terapêutico. Estas diferentes trajetórias levantam a hipótese de que o sucesso terapêutico envolva ultrapassar a ambivalência face à mudança (Ribeiro *et al.*, 2015). De facto, quando os clientes não são capazes de superar a ambivalência, os problemas podem persistir ou mesmo intensificar-se, conduzindo eventualmente ao insucesso terapêutico (Miller & Rollnick, 2002). Os momentos de ambivalência têm sido estudados em diferentes abordagens terapêuticas e diferentes quadros psicopatológicos, nomeadamente a Terapia Focada nas Emoções (Mendes *et al.*, 2010) na depressão, a Terapia Construtivista de Reconstrução de Significado (Alves, Fernandez-Navarro, Ribeiro, Ribeiro & Gonçalves, 2013) em casos de luto complicado e em Terapia Narrativa (Ribeiro *et al.*, 2015). No entanto, o fenómeno da ambivalência nunca foi estudado no contexto das perturbações de ansiedade – perturbações extremamente frequentes e cujo estudo será importante no sentido de avaliar a possibilidade de os MAs representarem um fenómeno transdiagnóstico, e de compreender se a trajetória dos MAs em casos com este diagnóstico é ou não semelhante àquela verificada em estudos anteriores, com diferentes diagnósticos.

Assim, o principal objetivo deste estudo é explorar a evolução da ambivalência num caso de perturbação de ansiedade, tratada com o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (Barlow *et al.*, 2010), através da codificação de uma amostragem de sessões previamente selecionadas.

## Metodologia

### Cliente

Alice (nome fictício atribuído), é do sexo feminino e, à data da sua participação no projeto de investigação, tinha 40 anos, vivia em união de facto e como habilitações literárias possuía o 12º ano de escolaridade. Foi acompanhada na Serviço de Consulta Psicológica da Universidade do Minho, tendo sido diagnosticada com perturbação de pânico, de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2013).

As principais dificuldades descritas por Alice relacionam-se com o medo de ocorrência de ataques de pânico. Relata pensamentos de que não vai conseguir respirar quando perante multidões, barulho e locais desconhecidos, associados a sensações físicas que lhe causam um desconforto significativo, tais como dificuldade em respirar, taquicardia, sudação e calor. Utiliza o evitamento subtil para se defender da ansiedade, procura companhia ou rede no telemóvel, bebe água e vai “apanhar

ar”. Evita situações em que antecipa a possibilidade de desenvolver um ataque de pânico como ir de férias, viajar, atividades com amigos ou locais desconhecidos. Este evitamento compromete significativamente a vida de Alice. Apresenta ainda alterações de sono associadas à ansiedade e frequentemente recorre a benzodiazepinas para induzir o sono. Evidencia também dificuldades no relacionamento com o pai, que descreve como controlador e crítico, sente dificuldade em ser assertiva com ele.

Alice teve o seu primeiro ataque de pânico há cerca de 20 anos atrás, numa bomba de gasolina, dentro do carro numa lavagem automática. Refere que sentiu alterações na respiração, falta de ar, o coração a bater acelerado, pensou que iria morrer.

A conjugação destes fatores resulta numa narrativa de vida marcada por sentimentos de incapacidade, insegurança, medo e uma perceção dos outros e do mundo ameaçadora, que frequentemente a desregulavam emocionalmente e que originou o comprometimento da vida da cliente, nomeadamente na realização de atividades profissionais, lúdicas e nos relacionamentos. Contudo como é descrito pela terapeuta na primeira consulta a Alice apresenta-se motivada e colaborante para o tratamento.

## **Terapia**

Para o tratamento deste caso foi utilizado o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (Barlow, 2010), que se fundamenta na importância da regulação emocional nas perturbações de ansiedade e de humor, e tem como objetivo ajudar o cliente a tolerar e a regular as emoções. Utiliza técnicas como o modelo das três componentes (e.g., pensamentos, sensações físicas e comportamentos) das emoções, o desafio de avaliações negativas, a exposição interoceptiva e o envolvimento gradual em exercícios de tolerância às emoções. A sua aplicação tem o propósito de extinguir as dificuldades resultantes do esforço para controlar a experiência de emoções intensas (e.g. na perturbação de pânico, abandonar abruptamente uma situação de forma a reduzir a ansiedade), e que são interpretadas pelo cliente como intoleráveis (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis & Ellard, 2014; Sauer-Zavala & Barlow, 2014). As respostas desencadeadas pelas dificuldades (e.g., ansiedade sobre a família – procurar saber se estão bem) podem ser consideradas como desadaptativas, pois embora a curto prazo reduzam o desconforto provocado pela experiência, a longo prazo esta dificuldade tende a permanecer ou até a se intensificar.

Alice foi acompanhada ao longo de 18 sessões com frequência semanal de aproximadamente 50 minutos, organizadas em 8 módulos, que se caracterizam por:

- 1) **Módulo 1** - aumento da motivação para o tratamento: tem como principal objetivo analisar a importância da motivação, explorar os custos e benefícios da mudança e estabelecer objetivos concretizáveis para o tratamento;
- 2) **Módulo 2** – psicoeducação e identificação das experiências emocionais: conhecer as funções das emoções, como emergem estas experiências e como influenciam os comportamentos, com o objetivo de proporcionar maior consciência emocional;
- 3) **Módulo 3** - treino das emoções: aprender a observar as experiências emocionais e a importância da consciência no momento presente;
- 4) **Módulo 4** - avaliação e reavaliação cognitiva: compreender como os pensamentos influenciam as emoções, identificar armadilhas cognitivas típicas e usar a reavaliação cognitiva para aumentar a flexibilidade do pensamento;
- 5) **Módulo 5** - evitamento emocional e comportamentos guiados pelas emoções (Emotion Driven Behaviors, EDBs), compreender como o evitamento das emoções e os EDBs podem influenciar as experiências emocionais, identificar diferentes tipos de estratégias de evitamento de emoções e EDBs, e aprender a contrariá-los;
- 6) **Módulo 6** - consciência e tolerância das sensações físicas: identificar sensações físicas associadas às emoções, compreender o seu papel na determinação das respostas emocionais e confrontar sensações físicas internas através de exercícios de exposição;
- 7) **Módulo 7** - exposição a situações e exposição interoceptiva: compreender como levar a cabo exercícios de exposição e praticar repetidamente o confronto com emoções intensas através de exercícios de exposição emocional;
- 8) **Módulo 8** - prevenção de recaídas: avaliar o processo e desenvolver um plano para praticar o que foi aprendido no tratamento, estabelecer objetivos para o futuro e aprender estratégias para manter progressos conseguidos.

Apesar de na generalidade os módulos serem aplicados por ordem, o modelo permite alguma flexibilidade na administração tendo em conta as necessidades de cada caso. Assim para o caso de Alice, optou-se por administrar o módulo 3 no final do processo como forma de prevenir a recaída.

## Terapeuta

A terapeuta que acompanhou a cliente é do sexo feminino, possui o Mestrado Integrado em Psicologia Clínica da Saúde e 7 anos de experiência clínica.

## Instrumentos

### *Resultado Terapêutico*

Outcome Questionnaire - OQ.45 (Lambert & Burlingame, 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Fassnacht, 2014): Questionário de auto-relato que avalia a mudança e o resultado da terapia. O OQ.45 é constituído por 45 itens pontuados numa escala tipo Likert de 5 pontos (0 - nunca; 4 - quase sempre). A pontuação total varia entre 0 e 180, sendo que valores mais altos indicam maior sintomatologia e pior funcionamento. O OQ.45 é constituído por três subescalas: Desconforto Subjetivo (DS), Relações Interpessoais (RI) e Desempenho do Papel Social (RS). O ponto de corte é de 62 para a escala total e o valor para a definição do *Reliable Change Index* (RCI, Jacobson & Truax, 1991) para a população portuguesa é de 15 para a escala global (Machado & Fassnacht, 2015). Uma diferença entre resultados que seja superior a este valor é considerada mudança fidedigna. Dados empíricos sugerem valores adequados de consistência interna ( $\alpha = 0,87$ ; Goates-Jones & Hill, 2008).

Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Versão Portuguesa adaptada por Quintão, Delgado, & Prieto, 2013): Questionário de auto-relato que avalia a presença de sintomas de ansiedade. É constituída por 21 itens pontuados numa escala de Likert de 4 pontos (0 - não de todo; 3 - severamente). A pontuação total varia entre 0 e 63 e as respostas são dadas em formato de escala de Likert, de 4 pontos. Os pontos de corte definidos para a avaliação de sintomatologia ansiosa são estabelecidos em formato intervalar sendo que, uma pontuação de 0-21 representa baixo nível de ansiedade, 22-35 representa ansiedade moderada e para pontuações superiores a 36, alto nível de ansiedade. De acordo com os critérios definidos por Jacobson e Truax (1991) o valor para a definição do RCI é de 10 (Jacobson e Truax, 1991), considerando que uma diferença entre resultados que seja superior a este valor é considerada mudança fidedigna. A versão portuguesa desta escala apresenta boas características psicométricas com um  $\alpha$  de Cronbach de 0,92 (Quintão, Delgado & Prieto, 2013).

Difficulties in Emotional Regulation Scale – DERS (Gratz & Roemer, 2004; Versão Portuguesa adaptada por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009): Questionário de auto-relato que avalia dificuldades de regulação emocional ao longo de seis domínios. É constituída por 36 itens numa escala de Likert de 5 pontos. Os indivíduos com psicopatologia, apresentam pontuações médias superiores na escala (M=96, DP=21), os indivíduos sem psicopatologia (M=73, DP=16) (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009). Revela valores de consistência interna elevados e similares aos do estudo original ( $\alpha=0,92$ ; Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009).

Questionário de Ambivalência em Psicoterapia – QAP (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017); Questionário que avalia os níveis de ambivalência experienciada pelos clientes em psicoterapia. Constituída por duas partes, a primeira consiste apenas numa questão, respondida sob o formato de escala de Likert de 11 pontos que avalia a posição do cliente em relação à mudança. Uma segunda parte é composta por 9 itens agrupados em duas subescalas, designadas Desmoralização (5 itens) e Alternância (4 itens). Não possui ponto de corte para a população portuguesa, sendo que a partir dos valores de referência (M=25,54; DP=7,15) podemos considerar que pontuações acima de 32,69 representam ambivalência elevada e valores abaixo de 18,39 significam baixa ambivalência face à mudança. Apresenta, para a escala total, valores elevados de consistência interna ( $\alpha=0,87$ , Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017).

### *Medidas de processo Terapêutico*

O Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI, Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011) consiste num sistema de análise qualitativa que permite identificar Momentos de Inovação (MIs), enquanto marcadores de mudança em psicoterapia. Identifica 3 níveis de MIs: nível I (Ação I, Protesto I e Reflexão I), representam movimentos de distanciamento do cliente relativamente à narrativa problemática; nível II (Ação II, Protesto II e Reflexão II), representam uma evolução no processo, na medida em que o cliente se começa a centrar nos contrastes ou processos envolvidos no processo de mudança e nível III (Reconceptualização), envolve também centração no processo de mudança, mas de uma forma mais elaborada, o cliente começa a ser capaz de integrar os diferentes aspetos envolvidos: o *self* no passado, o *self* no presente e o que aconteceu durante o processo de mudança (Fernández-Navarro, Ribeiro & Gonçalves, 2016).

Cada uma das categorias é identificada de forma mutuamente exclusiva no diálogo terapêutico. O processo de codificação é realizado por dois juizes independentes sendo que, em média e com base na literatura existente, a percentagem de acordo varia entre 84% e 94%, com *kappa* de Cohen variando entre 0,80 e 0,97 (Gonçalves *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2009; Mendes *et al.*, 2010).

Todas as medidas referidas anteriormente, quer de resultado, quer de processo, foram recolhidas previamente a este estudo.

### *Medidas de processo Terapêutico do presente estudo*

O Sistema de Codificação Ambivalência (SCA) (Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves & Conde, 2009) consiste num sistema qualitativo que analisa o ressurgimento da auto-narrativa problemática através da identificação de Marcadores de Ambivalência (MA), logo após o surgimento de um momento de inovação (MI). Estudos anteriores que usaram o SCA evidenciam um forte acordo entre juizes, com um *kappa* de Cohen entre 0,88 e 0,93 (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, *et al.*, 2011; Ribeiro *et al.*, 2013).

## **Procedimento**

### *Anterior ao presente estudo*

Para este estudo foram utilizados dados de arquivo (i.e., vídeo-gravações) do processo terapêutico da Alice. A autorização para a análise destes dados para efeitos de investigação foi fornecida pela cliente previamente ao início do processo terapêutico, através de consentimento informado.

A participante para o presente estudo foi selecionada aleatoriamente de uma amostra de casos acompanhados no Serviço de Consulta Psicológica da Universidade do Minho, com os seguintes critérios:

1) A presença de diagnóstico de perturbação de pânico. Para o efeito foi utilizada a Entrevista Estruturada para Perturbações de Ansiedade de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (Brown, Barlow & Di Nardo, 1994), uma vez que não se encontra validada para Portugal de acordo com os critérios do DSM-5;

2) Ser um caso finalizado;

3) O resultado da intervenção ser considerado de sucesso, de acordo com os critérios definidos para o RCI (Jacobson & Truax, 1991) com recurso às pontuações obtidas nos questionários OQ-45.2 (Lambert *et al.*, 1996) e BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), administrados no início e no final da intervenção.

No OQ-45 a cliente obteve uma pontuação, no momento pré-tratamento, de 78 para a escala total, acima do ponto de corte de 62 definido para o instrumento, situando-se ao nível da população clínica. O resultado obtido no pós-tratamento foi de 53, inferior ao ponto de corte e ao nível da população não clínica, com uma diminuição de 25 pontos entre o pré- e o pós-teste, permitindo a classificação do caso como recuperado (Jacobson *et al.*, 1984).

O BAI (Beck *et al.*, 1988), administrado nos momentos pré- e pós-teste das sessões codificadas, apresenta uma diferença nos valores observados de 17 pontos entre avaliações (RCI>10), considerado uma mudança fidedigna de acordo com os critérios definidos por Jacobson e Truax (1991).

Foram também administrados durante a terapia os instrumentos DERS (Coutinho *et al.*, 2010), nos momentos pré- e pós-intervenção; e QAP (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017), administrado ao longo de todas as sessões codificadas.

A cliente foi acompanhada ao longo de 18 sessões, todas elas vídeo-gravadas e com uma duração aproximada de 50 minutos. Contrariamente ao que tem acontecido em estudos anteriores (Gonçalves *et al.*, 2011), o processo terapêutico de Alice não foi analisado integralmente, tendo sido selecionadas duas sessões da fase inicial, duas da fase intermédia e duas da fase final do processo. Esta seleção considerou as características do protocolo, nomeadamente o foco sugerido pelo manual de Barlow e colaboradores (2010), tendo-se optado pelas sessões que permitissem a máxima representatividade do processo. Assim da fase inicial selecionaram-se para codificação as sessões 1 e 3, cujo foco terapêutico incide na preparação e motivação para a mudança, psico-educação sobre a natureza funcional das emoções e introdução ao modelo dos componentes da resposta emocional (modelo ARC). Da fase intermédia selecionaram-se as sessões 5 e 7, que incidiram na reavaliação cognitiva e compreensão e identificação de comportamentos de evitamento e de comportamentos guiados pelas emoções (Emotion Driven Behaviors, EDBs). De referir que a sessão 7 não foi codificada dado que condicionantes técnicos impediram a gravação da sessão. Da fase final selecionaram-se as sessões 11 e 18, em que a primeira incide na exposição interoceptiva e emocional, e a segunda na revisão dos progressos elaborados ao longo do processo terapêutico e revisão das técnicas e competências adquiridas e prevenção da recaída.

Após a seleção do caso a analisar, dois observadores independentes, treinados e sem conhecimento do resultado terapêutico, procederam à codificação que implica diferentes passos, nomeadamente:

1) Construção consensual da lista dos principais problemas, tornando claras as posições problemáticas do cliente;

2) Identificação independente dos MIs a partir do SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011), com o objetivo de identificar e categorizar os MIs em 3 níveis.

Os dados foram codificados através dos vídeos das sessões, utilizando o *software* ANVIL (Kipp, 2014), sendo que um dos codificadores codificou a totalidade das sessões selecionadas e o outro 50% das sessões (sessão 3, sessão 11 e sessão 18);

3) Cálculo da percentagem de acordo, obtendo-se um valor médio de 86% e um kappa de Cohen de 0,90. Após o cálculo do acordo, os desacordos foram resolvidos por consenso.

### *Presente estudo*

Após submissão e aprovação da presente investigação pela Comissão de Ética da Universidade do Minho, com o objetivo de explorar a presença de marcadores de ambivalência ao longo do processo terapêutico, utilizou-se o Sistema de Codificação de Ambivalência (SCA; Gonçalves, Ribeiro, et al., 2009).

Numa fase inicial os investigadores foram treinados no manual do SCA (Gonçalves, Ribeiro *et al.*, 2009), realizando uma formação sobre os conceitos centrais do sistema e um treino com exploração da identificação de MAs em transcrições de casos clínicos. Terminada esta etapa, foram considerados codificadores fiáveis na utilização do sistema, após atingirem uma percentagem de acertos igual ou superior a 75%.

Posteriormente procederam à identificação independente de MAs nas sessões selecionadas, previamente codificadas com recurso ao SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011). Com o intuito de garantir que fossem cumpridas todas as normas éticas e de confidencialidade, as sessões referentes ao caso foram armazenadas num computador na Unidade de Investigação de Psicoterapia, com acesso exclusivo a membros da equipa de investigação envolvidos no projeto, tendo sido garantido que a codificação ocorresse apenas neste espaço. Os dois juizes analisaram todas as

sessões selecionadas, de forma sequencial, com recurso às imagens de vídeo, utilizando o *software* ANVIL (Kipp, 2014).

Terminado o processo de codificação de cada uma das sessões, foi calculado o acordo para cada uma das codificações independentes (através do cálculo do *kappa* de Cohen), que correspondeu a 0,89. Após constatação da existência de um acordo viável nas codificações independentes, os investigadores responsáveis reuniram de forma a resolver os desacordos por consenso.

#### *Cálculo da elaboração de MIs e MAs*

No intuito de analisar quantitativamente a evolução de MIs e MAs ao longo do processo terapêutico calculou-se a sua proporção ao longo do tratamento e para cada uma das sessões codificadas. Assim sendo, o cálculo da proporção de MIs (total e níveis) para cada uma das sessões codificadas foi obtida tendo em conta o tempo total da sessão ocupada por MIs e a duração total da sessão.

Com o objetivo de analisar a evolução da ambivalência ao longo do tratamento, procedeu-se ao cálculo da percentagem de MAs para cada uma das sessões codificadas (frequência de MAs na sessão/ frequência de MIs na sessão) e para todo o processo terapêutico (frequência total de MAs/ frequência total de MIs). Por fim, para averiguar os MIs mais frequentemente atenuados, calculou-se a percentagem de MAs de cada nível, obtida através da soma total de MAs correspondentes a cada nível/o número total de MAs.

## **Resultados**

### **Resultados de arquivo**

Os resultados no pré- e pós-teste no OQ-45 (Lambert *et al.*, 2005), BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), DERS (Coutinho *et al.*, 2010) e no QAP (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017), sugerem que a cliente reduziu significativamente os sintomas clínicos e de ansiedade, as suas dificuldades de regulação emocional e a sua ambivalência face à mudança (tabela 1).

*Tabela 1.* Resultados obtidos nos instrumentos de auto-relato.

Instrumentos	Pré-teste	S1	S3	S5	S11	S18	Pós-teste
QAP <b>a</b>	36	33	26	21	20	16	-
BAI <b>b</b>	28	-	-	-	-	-	11
OQ-45 <b>b</b>	78	-	-	-	-	-	53
DERS <b>b</b>	108	-	-	-	-	-	60

**Nota.** – Sem avaliação. **a** - O QAP foi administrado ao longo das sessões codificadas. **b** - O OQ- 45, DERS e BAI foram administrados nos momentos pré- e pós-intervenção.

### *Emergência de Momentos de Inovação*

A proporção de Momentos de Inovação (MIs) ao longo do processo terapêutico da sessão 18 observou-se a maior proporção total de MIs (29,8%), seguidas das sessões 11 e 5 com proporção de 10,8% e 10,7%, respectivamente. A sessão 1 apresenta a menor proporção de emergência de MIs com 4,5%.

Os MIs de nível 1 são os que apresentam maior proporção total ao longo das sessões codificadas (36,78%), seguido dos MIs de nível 2 (16,36%) e dos MIs de nível 3, que emergiram na sessão 18, última sessão codificada, com uma proporção de 7,49%. Os MIs de nível 1 surgiram logo na sessão 1 (4,5%), e emergiram em todas as sessões subsequentes. De notar que a proporção deste tipo de MIs aumentou até à sessão 5 (9,7%), decresceu na sessão 11 (4,82%) e voltou a aumentar na sessão 18 (12,16%). A quebra entre a sessão 5 e a sessão 11 coincide com um aumento da proporção de MIs de nível 2. A proporção de MIs de nível 2 foi a segunda categoria com maior proporção e apresentou um padrão crescente nas sessões codificadas. Começaram a emergir com uma expressão reduzida a partir da sessão 5 (1%) e aumentaram nas sessões 11 (5,98%) e 18 (9,38%). Os MIs de nível 3 emergiram na última sessão codificada (sessão 18), com uma proporção de 7,49%.

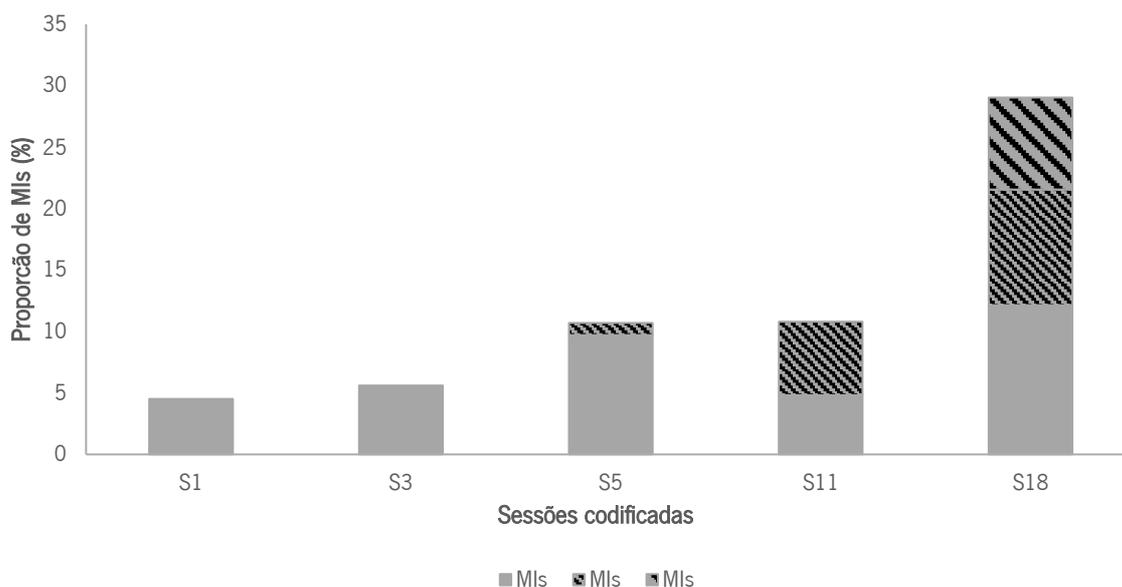


Figura 1. Evolução da proporção total de MIs por níveis (N1, N2 e N3), para cada sessão codificada.

## Resultados do presente estudo

### *Emergência de Marcadores de Ambivalência: Resultados descritivos*

A percentagem total de MIs atenuados (MAs) correspondeu a 23,23% para o total de sessões codificadas, o que significa que para o total de MIs que emergiram, aproximadamente 23% foram atenuados. A análise da figura 2 permite-nos observar que na sessão 1 a cliente elaborou um total de 24 MIs dos quais 7 foram atenuados, que correspondeu a uma frequência de MAs de 29,20%. Na sessão 3 elaborou um total de 18 MIs dos quais 6 foram atenuados, correspondeu a um aumento da frequência de MAs (33,33%). Na sessão 5 elaborou 45 MIs dos quais 15 foram atenuados, correspondeu a uma manutenção da frequência de MAs (33,33%). Na sessão 11, elaborou 51 MIs dos quais 9 foram atenuados, que correspondeu a uma diminuição da frequência de MAs (17,3%). Finalmente na sessão 18 elaborou 61 MIs, e foram atenuados 9, o que correspondeu a uma nova diminuição da frequência de MAs (15%). No que diz respeito à proporção de MIs atenuados para cada nível de MIs ao longo do processo, foi possível observar que o nível 1 constituiu a categoria com maior percentagem de MIs atenuados (82,61%), seguido do nível 2 (13,04%), e por fim o nível 3 (4,35%).

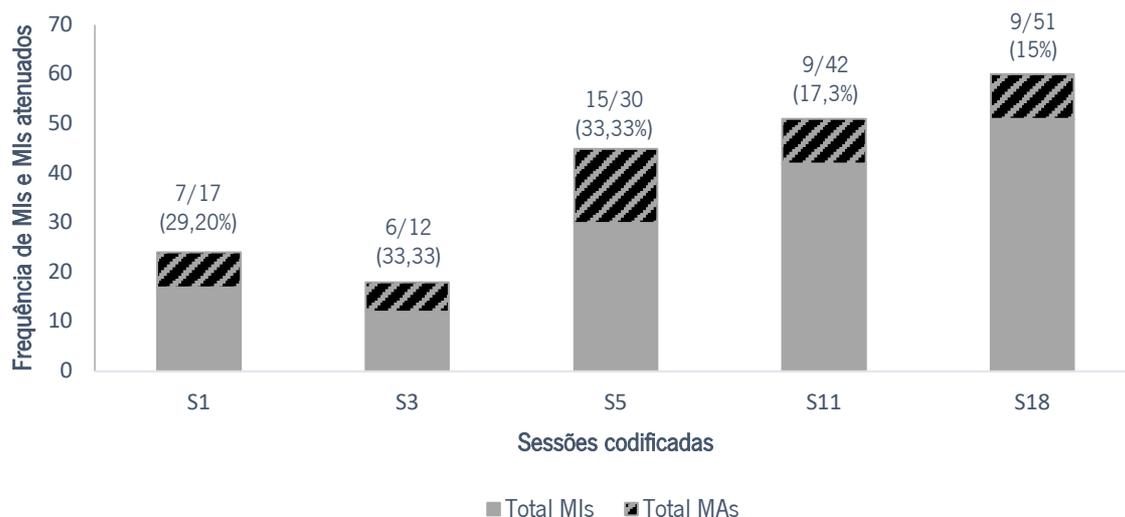


Figura 2. Evolução da Ambivalência ao longo do processo terapêutico. Os números apresentados no topo de cada coluna representam o número total de MIs atenuados (MAs), sobre o número total de MIs em cada sessão analisada e a frequência correspondente.

### Análise qualitativa

De seguida analisamos a evolução dos MAs ao longo do processo terapêutico em função dos objetivos terapêuticos definidos para cada módulo das sessões codificadas do manual (Barlow *et al.*, 2010). Consideramos a forma como a cliente responde às propostas de tratamento e as suas principais dificuldades.

Na fase inicial do tratamento, especificamente na sessão 1, representativa do primeiro módulo do manual (Barlow *et al.*, 2010), a diáde terapeuta e cliente dedicam-se à elaboração da grelha de balança de decisão e à construção de uma hierarquia de objetivos. Alice descreve os custos de manter o seu funcionamento atual, descrevendo as limitações funcionais da ansiedade (e.g. não poder ir de férias, não andar de avião) e as vantagens decorrentes da mudança, percecionada como fundamental para a realização de atividades de lazer com a família e amigos.

A sessão 3 teve como principais objetivos ajudar a cliente a compreender como emergem as experiências emocionais, a forma como as emoções influenciam as ações e os comportamentos, e aprender competências de monitorização. A terapeuta explora com a cliente uma situação de medo, com a realização do registo na sessão. Alice percebeu a ligação entre as várias componentes presentes numa resposta de ansiedade (emoções, pensamentos e comportamentos): “*é um ciclo disfuncional*”; o

aperto na garganta parece ser o desencadeador frequente das crises de pânico, perante o qual catastrofiza: “*não vou conseguir respirar, vou morrer*”, as estratégias de segurança que utiliza para se proteger da ansiedade (beber água, levantar-se, tomar *Victan*) constituem uma forma de evitamento e têm consequências limitadoras a longo prazo.

Com base neste trabalho clínico, Alice começa a formular uma nova compreensão do problema, compreendendo os seus antecedentes e consequentes bem como os comportamentos, emoções e pensamentos que os mantêm. Paralelamente começa a explorar novas formas de lidar com o problema. Estas duas mudanças observadas traduzem-se essencialmente na elaboração de MIs de nível 1. No entanto, nesta fase da terapia também encontramos uma considerável percentagem de MAs, particularmente associados à reafirmação da necessidade de controlo, antecipação de situações potencialmente geradoras de ansiedade, que poderão promover o evitamento. Dado que os MIs de nível 1 representam um movimento de distanciamento do cliente relativamente à narrativa problemática constituindo os primeiros passos no sentido da construção de uma nova auto-narrativa, este movimento pode constituir-se como desconfortável e ameaçador face à consistência e estabilidade da cliente. Assim, nesta primeira fase da terapia, o potencial inovador destes MIs parece ser mais facilmente atenuado, sendo que a cliente retorna ao antigo padrão de construção de significado que apesar de disfuncional é mais familiar. Assim, a maior frequência de MAs nesta fase do tratamento parece estar associada a este facto.

No seguinte excerto, consta um exemplo de um dos momentos em que Alice atenua o potencial inovador do MI – a consideração da possibilidade de ir de férias - reafirmando a necessidade de controlo, antecipando situações potencialmente geradoras de ansiedade, que poderão promover o evitamento. No próximo excerto, bem como em todos os que se seguem, os MIs encontram-se representados a negrito e os MAs encontram-se sublinhados.

#### **Excerto 1 – (sessão 1)**

C: ***Porque..., é assim ..., férias, ir de férias para um local, posso conseguir.*** (MI – N1) *Agora sem limitações(...) não pode ser um local qualquer, o sítio onde poderia ficar pode ter um parque subterrâneo e eu já não consigo ir.* (MA)

Na fase intermédia do tratamento, especificamente na sessão 5, representativa do módulo 4, os objetivos principais consistiram na identificação de armadilhas cognitivas típicas e na utilização da

reavaliação cognitiva para aumentar a flexibilidade do pensamento. A terapeuta e Alice exploraram uma situação geradora de ansiedade vivida pela cliente nessa semana, ajudando-a a identificar pensamentos automáticos (e.g. “*não vou conseguir respirar*”) e a reavaliar a situação. De uma perspectiva narrativa, estas reavaliações cognitivas, representam novas perspectivas sobre o problema, ou a consideração de estratégias alternativas para lidar com o problema, que suportam a emergência de uma nova auto-narrativa. Os resultados da codificação de MIs corroboram este trabalho clínico, dado que nesta sessão se verifica um aumento na frequência total de MIs e a emergência MIs de nível 2, ainda que com uma proporção muito reduzida. Estes MIs de nível 2 encontram-se associados à existência de momentos de contraste claro entre o funcionamento prévio e o funcionamento atual da cliente, o que se traduz essencialmente em situações em que lida com a ansiedade de uma forma inovadora, enfrentando-a, tolerando-a, ou sem recorrer a objetos de segurança. No entanto, a frequência de MAs manteve-se constante ou seja, não se registou alteração na ambivalência experienciada pela cliente, uma vez que a percentagem de MIs atenuados foi superior. Este facto parece associado à atenuação do potencial inovador destas novas estratégias de reavaliação cognitiva através da sua minimização ou do retorno a estratégias disfuncionais promotoras da narrativa problemática como as tentativas de controlo emocional e evitamento da experiencição de emoções fortes. Podemos observar um exemplo deste processo no excerto 2 apresentado a seguir.

#### **Excerto 2 – (Sessão 5)**

T: *Quando abordamos a influência dos pensamentos na resposta emocional, fiquei com a sensação que a Alice saiu daqui a pensar, ok eu isso já sabia, (...).*

C: *Eu já sabia... e apliquei. (MI-N1).*

T: *Fez muito bem, fez muito bem. Mas eu queria que me dissesse que, se ao tentar aplicar sentiu algum impacto na sua resposta emocional e conseguiu acreditar na avaliação alternativa ou não, Alice?*

C: *Não é fácil, foi a primeira vez que tentei. (MA)*

T: *Hum, hum.*

C: *Em vez de contrariar, deixar que as coisas surgissem. (MI-N1)*

T: *Reavaliar de outra forma?*

C: *Ahhh..., não foi fácil porque foi a primeira vez, ainda por cima estava sozinha. (MA). (...), *voltei e disse, tenho que conseguir estar aqui, até porque, isto não é mau para mim, eu até pertenci aos escuteiros e gosto de fanfarra, gostava..., aquele barulho não me era perturbador de forma alguma (...), isto não me vai fazer mal.* (MI-N1)*

T: *Ok...*

C: *De alguma forma lá consegui ficar sem o SOS. (MI-N2)*

T: *Boa, muito bem...*

C: *Tinha uma garrafa de água, não bebi, só tive que me encostar assim um bocadinho(...).*

T: *O que é que aconteceu a seguir?*

C: *Pronto, consegui. (MI-N2)*

T: *Passou?*

C: *Só de me lembrar até...(MA)*

T: *Muito bem Alice, está de parabéns, conseguiu ficar, não tomou SOS, não bebeu...parabéns (...).O que notou na sua ansiedade, esteve sempre ao mesmo nível?*

C: *Não, teve um pico e depois começou a baixar...(MI-N1)*

T: *Ok..., esta ideia de que quando fica ansiosa de que aquilo nunca mais vai acabar se não tomar SOS, se não beber água, percebeu que isso acaba por acontecer? (redução da ansiedade)*

C: *Sim, sim...(MI-N1) mas foi uma situação muito pequenina. (MA)*

T: *Ok, mas foi muito bom Alice, porque nem sequer chegamos à fase de exposição e a Alice foi capaz de fazer uma coisa diferente do habitual.*

C: *Foi muito difícil.*

Este excerto ilustra as dificuldades de Alice na tarefa de reavaliação cognitiva, especialmente a dificuldade em sustentar a reavaliação numa situação geradora de ansiedade. Ao longo do excerto, Alice elabora vários MIs que foram prontamente atenuados, demonstrando a sua ambivalência nesta fase do tratamento.

As sessões da fase final, especificamente a sessão 11, representativa do módulo 6, tiveram como objetivos principais a análise das tarefas de exposição definidas nas sessões anteriores e a definição de novas tarefas de exposição.

Alice continua a realizar tarefas de exposição interoceptiva sendo notória uma diminuição do grau de desconforto e o aumento da tolerância às sensações físicas, *“isto não me vai fazer mal, eu vou conseguir”*.

Os principais objetivos da sessão 18 foram a revisão e a elaboração do plano de prevenção de recaída. Alice aprende a importância de se centrar no presente e refere em relação ao *Mindfulness* que vê as coisas de uma forma diferente, apercebendo-se do aqui e agora. Na análise do seu processo desde o início do programa, Alice considerou ter evoluído em todos os parâmetros. Ficou definido pela

terapeuta e cliente no plano de prevenção continuar a fazer *Mindfulness*, viver o presente, observar as experiências emocionais sem as julgar, desafiar os ataques de pânico e seguir em frente.

Nesta fase Alice foi capaz de sustentar uma nova compreensão do problema, nomeadamente através da implementação das estratégias consideradas anteriormente, a reavaliação cognitiva e a exposição a situações que evitava no passado. As tarefas de exposição compreendem processos mais complexos (Bentley, 2017) e, por conseguinte, representam uma maior “ameaça” ao problema, estando a sua realização com sucesso associada a uma mudança mais efetiva e sustentada. Desta forma Alice, assumiu uma nova posição face ao problema que se traduziu num aumento significativo da elaboração de MIs de nível 2 e o surgimento de MIs de nível 3. O conteúdo destes MIs, mais complexos, de acordo com o protocolo terapêutico está relacionado com a capacidade da cliente conseguir criar uma posição de distância face ao problema, apercebendo-se das implicações e compreendendo os processos envolvidos na mudança. Esta evolução na elaboração de MIs, sustenta a nova narrativa, e a diminuição do poder da narrativa problemática, que se revela menos capaz de atenuar a inovação, sendo que a diminuição da ambivalência nesta fase parece estar associada a este fato, como podemos observar no excerto 3.

### **Excerto 3 – (Sessão 18)**

T: *O que diria à Alice que iniciou o processo há umas semanas atrás...o que mudou?*

C: *Tu és capaz(...)*

T: *Diria tu és capaz..., é isso que sente a partir daqui?*

C: *Sim, acho que chega, porque acho que no “és capaz” está tudo implícito.*

T: *O que é que está implícito?*

C: *Tudo, ahhh...ter medo de ir, ter medo de estar, ter medo de não sei o quê, ter receio de..., o ser capaz é..., está tudo implícito.*

T: *Hum, hum, interessante o que disse, (...) ser capaz significa eu ir com o meu medo e enfrentá-lo.*

C: *Sim, sim..., vou e depois logo se vê. (MI-N2)*

### **Discussão**

A análise do caso “Alice” contribuiu para a compreensão do fenómeno da ambivalência num caso de sucesso em perturbação de ansiedade, com a aplicação do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Barlow (Barlow *et al.*, 2010). Este estudo pode ser caracterizado como

um “*theory building case study*” (Stiles, 2007), segundo o qual as particularidades de cada caso podem informar a teoria através da análise das semelhanças e diferenças entre as observações de diferentes casos.

Deste modo, no que se refere à evolução de MAs, podemos afirmar que os resultados deste estudo são consistentes com os apresentados em estudos anteriores, utilizando o SCA (Alves *et al.*, 2016; Gonçalves *et al.*, 2011; Ribeiro *et al.*, 2015; Ribeiro *et al.*, 2014). A percentagem total de MAs das sessões codificadas foi de 23,23%, o que vai de encontro ao reportado em estudos anteriores com outras amostras, que sugerem uma proporção global de MAs situada entre os 20 e os 40% (Ribeiro & Gonçalves, 2014). A ambivalência é um processo comum tanto em casos de sucesso como em casos de insucesso, independentemente da modalidade terapêutica (Alves *et al.*, 2016; Gonçalves *et al.*, 2011; Ribeiro *et al.*, 2015; Ribeiro *et al.*, 2014). No entanto, enquanto que em casos de sucesso é possível observar uma diminuição da ambivalência durante o processo terapêutico, ou seja, uma diminuição da percentagem dos MAs, em casos de insucesso a tendência é para que os MAs permaneçam estáveis ou aumentem ao longo do tratamento (Alves *et al.*, 2016; Gonçalves *et al.*, 2011; Ribeiro *et al.*, 2015; Ribeiro *et al.*, 2014). A ambivalência poderá estar relacionada com uma autoproteção do cliente face ao desconforto associado ao processo de mudança, que implica novas formas de pensar e agir (Ribeiro *et al.*, 2014). Ao longo de um processo terapêutico de sucesso, o ressurgimento da auto-narrativa problemática tende a ser ultrapassado à medida que emergem acontecimentos e narrativas alternativas, fora da esfera do problema (Ribeiro, Gonçalves & Ribeiro, 2009). No presente estudo podemos observar o mesmo padrão na percentagem de MAs, que diminuiu progressivamente até final do processo, ao mesmo tempo que aumenta a proporção e diversidade de MIs, a partir da fase intermédia do tratamento. Assim, o processo de atenuação de MIs foi mais saliente no início e diminuiu progressivamente a partir da sessão 5 até final do tratamento, contribuindo desta forma para a consolidação da narrativa emergente, mais adaptativa, que facilitou o sucesso terapêutico da cliente. Esta tendência, no caso de Alice, parece estar relacionada com as sessões onde existe também um aumento notório da proporção e da complexidade dos MIs, especificamente nas sessões 11 e 18, onde a expressão de MIs de nível 2 aumenta e os MIs de nível 3 emergem pela primeira vez. Estes MIs de nível 2 e 3 parecem ilustrar o processo de mudança nesta fase do processo terapêutico resultante dos exercícios de exposição desenvolvidos, bem como das características particulares da sessão 18, cujo foco é a revisão dos progressos obtidos durante o tratamento e definição de objetivos futuros, sendo possivelmente natural a emergência deste tipo de MIs (Oliveira et al., 2016). O trabalho clínico destas sessões possivelmente

ajudou a cliente a pensar e a sentir de forma diferente as sensações físicas, o que pode ter contribuído para quebrar a associação condicionada entre as sensações físicas e as emoções intensas como o medo e ansiedade, reduzindo o evitamento e possivelmente ajudando a cliente a sustentar as reavaliações cognitivas que elabora (Barlow *et al.*, 2010), e a assumir uma nova posição face ao problema.

No que se refere aos níveis de MIs atenuados, ao longo do processo terapêutico analisado no presente estudo, observou-se a existência de maior frequência de marcadores de ambivalência associados aos MIs de nível 1 (82, 61%), seguido dos de nível 2 (13,04%) e por fim nos de nível 3 (4,35%). Estes resultados são consistentes com o observado em estudos anteriores, que mostraram que o nível 1 corresponde a uma maior frequência de MAs, seguido do nível 2 e o nível 3, e que a uma maior proporção de MIs numa determinada categoria de MI está associada uma maior produção de MAs (Alves *et al.*, 2013). A persistência da ambivalência contribui para uma evolução negativa do processo terapêutico. No entanto em casos recuperados, a redução de MAs durante o tratamento pode estar associada a uma integração progressiva, mais efetiva e à consolidação de uma nova auto-narrativa emergente (Ribeiro *et al.*, 2015). Os resultados do presente estudo estão de acordo com o esperado, uma vez que a menor frequência de MAs associada aos níveis 2 e 3 é consistente com a ideia desses MIs estarem associados a mudanças mais elaboradas e complexas que estão a acontecer na vida do cliente, sendo por si só mais difíceis de serem atenuados, e com menos probabilidade de ressurgimento da narrativa problemática. Esta observação sugere que a diminuição da frequência da ambivalência ao longo do processo terapêutico pode estar associada à elaboração de MIs mais complexos.

No que diz respeito aos MIs, podemos observar um padrão crescente da proporção total ao longo do processo. Nos MIs de nível 1, observou-se uma tendência crescente com a exceção da sessão 11 em que diminuíram, nos de nível 2 um padrão crescente desde o momento que começaram a emergir (sessão 5). Na sessão 18, observou-se um aumento significativo da produção de MIs, de nível 1, nível 2, e ainda a emergência de MIs de nível 3. Este aumento da proporção e complexidade dos MIs na sessão 11 e 18, coincide com a fase de diminuição da frequência da ambivalência no processo terapêutico, o que pode sugerir que esta diminuição possa estar associada ao aumento da proporção e da complexidade de MIs, tal como foi observado em estudos anteriores (Mendes *et al.*, 2010; Gonçalves *et al.*, 2012; Alves *et al.*, 2016; Gonçalves & Silva, 2014). Assim a diminuição da ambivalência na fase final do processo parece estar associada a esta nova auto-narrativa emergente e à diminuição da força da auto-narrativa problemática que permitiu à Alice assumir novas posições mais adaptativas.

Assim o ciclo disfuncional - controlo emocional/evitamento - que funcionava como “um colete de forças” e mantinha a cliente refém do problema, parece ter dado lugar a um ciclo funcional, regulação emocional/exposição. A sucessão de ciclos funcionais sugere um contributo para a consolidação da narrativa emergente, que pode ter sido facilitada pela emergência de MIs de nível 2 e 3 e a diminuição da frequência da ambivalência.

Concluindo, este estudo permitiu não só fortalecer os estudos prévios no âmbito da ambivalência como também trouxe sugestões de como este processo pode ocorrer num caso de sucesso com a aplicação do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Barlow (Barlow *et al.*, 2010), constituindo mais uma contribuição para o estudo empírico de evolução da ambivalência.

### **Limitações e direções futuras**

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com o facto de a sessão 7 não ter ficado disponível para codificação, condicionando desta forma a análise da evolução da ambivalência na fase intermédia do processo.

As conclusões que resultam deste estudo constituem um contributo para o enriquecimento do SCA. No entanto, seria importante, no futuro, efetuar uma comparação dos resultados deste caso com padrões extraídos de uma amostra mais extensa, com o mesmo modelo de intervenção, numa tentativa de compreender se os resultados obtidos referentes ao padrão de MAs são potencialmente generalizáveis para todos os casos de perturbação de ansiedade ou se se restringem a este caso em particular. Seria ainda interessante explorar se os resultados obtidos num caso de perturbação depressiva com a aplicação do mesmo modelo seriam análogos aos obtidos no caso do presente estudo, uma vez que o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Barlow (Barlow *et al.*, 2010) compreende as dificuldades de regulação emocional presentes na ansiedade e depressão e se apoia em estratégias de regulação.

Propõem-se uma análise do tipo de estratégia (e.g., Braga *et al.*, 2016) de resolução de ambivalência emergente ao longo do processo terapêutico, de forma a compreender o que fez com que a cliente, neste caso particular, consiga integrar com sucesso a emergência da nova auro-narrativa.

Por fim, sendo este estudo focado num caso de sucesso, sugere-se uma futura análise em contraponto com um caso de insucesso, com a mesma problemática e com a aplicação do mesmo

modelo terapêutico, com o objetivo de analisar as possíveis diferenças registadas nas trajetórias clínicas. Assim a possibilidade de uma melhor compreensão da evolução da ambivalência ao longo do processo pode ajudar a clarificar e a minorar os insucessos terapêuticos.

## Referências

- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2016). Ambivalence in grief therapy: The interplay between change and self-stability. *Death Studies*, 40(2), 129–138. doi:10.1080/07481187.2015.1102177.
- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M., & Neimeyer, R. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies*, 36(9), 795-818. doi:10.1080/07481187.2011.608291.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-4- TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais revisito*. Artmed Editora.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Arkowitz, H., & Miller, W. (2008). Learning, applying, and extending motivational interviewing. In Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W. & Rollnick, S. (Eds), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (Chap. 1,1-25). New York: The Gilford Press.
- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L., & May, J. T. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D., Sauer-Zavala, S., Carl, J., Bullis, J., & Ellard, K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. doi: 10.1177/2167702613505532
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5

- Beck, A., Freeman, A., & Colaboradores. (1990), *Cognitive – therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bentley, K. (2017). Applying the Unified Protocol Transdiagnostic Treatment to Nonsuicidal Self-Injury and Co-Occurring Emotional Disorders: A Case Illustration. *Journal of clinical psychology, 73*(5), 547-558. doi: 10.1002/jclp.22452
- Braga, C., Oliveira, J., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research, 1-10*. doi:10.1080/10503307.2016.1169331.
- Brown, T., Barlow, D., & DiNardo, P. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV): Client Interview Schedule*. Graywind Publications Incorporated.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clin, 37*(4), 145-51. doi: 0.1590/S0101-60832010000400001.
- Cunha, C., Gonçalves, M., & Valsiner, J. (2011). Transforming self-narratives in psychotherapy: Looking at different forms of ambivalence in the change process. In *Jungian and dialogical self perspectives* (43-66). Palgrave Macmillan UK. doi:10.1057/9780230307490\_4
- Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. M. (2016). Meaning making precedes symptomatology improvement: Reconceptualization IMs role. Paper presented at the 47th Society for Psychotherapy Research International Annual Meeting, Jerusalem, Israel.
- Freud, S. (1913). *Totem and taboo*. London: George Routledge & Sons, Limited.
- Goates-Jones, M., & Hill, C. (2008). Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence on session outcome and preference shift. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(1), 61. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.61

- Goncalves, M. Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 1-23. doi: 10.1080/10720530802500748.
- Gonçalves, M. Ribeiro, A., 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., & Ribeiro, A. (2012). Therapeutic change, innovative moments and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal of Dialogical Science*, 6(1), 81-98.
- Gonçalves, M., & Silva, J. (2014). Momentos de inovação em psicoterapia: das narrativas aos processos dialógicos. *Análise Psicológica*, 32(1), 27-43. doi: 10.14417/ap.837
- Gonçalves, M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research*, 22(4), 389-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605
- Gonçalves, M., Ribeiro, A., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Fernandez- Navarro, P. & Oliveira, J. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 27(3), 270-282. doi: 10.1080/10503307.2016.1247216.
- Gonçalves, M., Ribeiro, A., Santos, A., Gonçalves, J., & Conde, T. (2009). Manual for the Return to the Problem Coding System– version 2. *Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal*.
- Gonçalves, M., Ribeiro, A., Stiles, W., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self- narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 21, 27– 40. doi:10.1080/10503307.2010.507789

- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Hagedorn, W. (2011). Using therapeutic letters to navigate resistance and ambivalence: experiential implications for group counseling. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 31(2), 108-126. doi: 10.1002/j.2161-1874.2011.tb00071.x
- Hermans, H., & Kempen, H. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. Academic Press.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Jacobson, N., Follette, W., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior therapy*, 15(4), 336-352. doi: 10.1016/S0005-7894(84)80002-7
- Kipp, M. (2014). Anvil: The video annotation research tool. *Handbook of corpus phonology*, 420-436.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 165-174. doi: 10.1002/jclp.20113
- Lambert, M., Hansen, N., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. , & Reisinger, C. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services LLC.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guildford Press.

- Machado, P., & Fassnacht, D. (2015). 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*(4), 427-437. doi: 10.1111/papt.12048
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY, US:Books.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research journal of the Society for Psychotherapy Research, 19*(1), 68–80. doi: 10.1080/10503300802430657.
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system?. *Psychotherapy Research, 20*(6), 692-701. doi:10.1080/10503307.2010.514960
- Montesano, A., Gonçalves, M., & Feixas, G. (2017). Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy Research, 27*(1), 112-126. doi:10.1080/10503307.2015.1080874
- Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 270-376. Oxford, England: John Wiley. doi: 10.1016/0043-1354(83)90087-8.
- Oliveira, J., Ribeiro, A & Gonçalves (2017). Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP). In Gonçalves, M, Simões, M., & Almeida, L., (2017). *Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação. Pactor Lisboa: Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1*(7), 101-113.

- Quintão, S., Delgado, A., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 305-310. doi:10.1590/S0102-79722013000200010
- Ribeiro, A., Cruz, G., Mendes, I., Stiles, W., & Gonçalves, M. (2012). Ambivalence in client-centered therapy.
- Ribeiro, A., & Gonçalves, M. (2010). Commentary: Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology*, 16(1), 116-126. doi:10.1177/1354067X09353211.
- Ribeiro, A., Gonçalves, M., Silva, J., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in narrative therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical psychology & psychotherapy*.doi:10.1002/cpp.1945
- Ribeiro, A., Mendes, I., Stiles, W., Angus, L., Sousa, I., Gonçalves, M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24(6), 702–710. doi:10.1080/10503307.2013.879620.
- Ribeiro, A., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M., Stiles, W., Horvath, A., & Sousa, I. (2013). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24(3), 346-359. doi:10.1080/10503307 .2013.856042.
- Roger, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science: Formulations of the person and the social context* ( vol 3, pp.184-256). New York: Mc Graw-Hill.
- Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118-138.doi: 10.1111/cpsp.12063.

Valsiner, J., & Sato, T. (2006). Historically structured sampling (HSS): How can psychology's methodology become tuned in to the reality of the historical nature of cultural psychology? In J. Straub, D. Weidemann, C. Kölbl, & B. Zielke (Eds.), *Pursuit of meaning* (pp. 215-251). Bielefeld, Germany: transcript.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.