Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Beatriz Santos Araújo

Momentos de Inovação na Exposição com Prevenção de Resposta: Um caso de Perturbação Obsessivo Compulsiva

outubro de 2024

Momentos de Inovação na Exposição com Prevenção de Resposta: Um caso de Perturbação Obsessivo Compulsiva

Beatriz Araújo

UMinho | 2024

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Beatriz Santos Araújo

Momentos de Inovação na Exposição com Prevenção de Resposta: Um caso de Perturbação Obsessivo Compulsiva

Dissertação de Mestrado Integrado
em Psicologia

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

outubro de 2024

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/4.0/

Agradecimentos

Este trabalho representa o cessar de uma etapa significativa na minha vida. Aos 19 anos, movida pela minha paixão em ajudar pessoas e curiosidade em compreender o outro, entrei em Psicologia. Depois de 5 anos de estudos que contribuíram de forma significativa para a minha formação, como em tudo na vida, foram as pessoas que mais me marcaram.

Quero expressar a minha sincera gratidão ao rofessor Doutor João Tiago Oliveira, pela sua constante disponibilidade e apoio ao longo deste processo.

Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, agradeço pela sua generosa disponibilidade e por se ter tornado um exemplo de boa prática clínica. Guardarei sempre na memória as suas aulas durante a prática psicológica.

Agradeço também ao grupo de investigação pelo feedback construtivo que foi fundamental para a elaboração deste trabalho.

À minha mãe, avó e madrinha, agradeço por acreditarem incondicionalmente nos meus sonhos e por serem a minha maior fonte de inspiração.

Aos meus amigos, família e gatinhas pelo apoio incondicional, momentos de descontração e sorrisos.

Por fim, a ti Renato, por teres estado ao meu lado desde o primeiro dia, contribuindo para esta jornada de forma tão especial.

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.

Universidade do Minho, 21 de outubro de 2024



(Ana Beatriz Santos Araújo)

Momentos de Inovação na Exposição com Prevenção de Resposta: Um caso de Perturbação Obsessivo Compulsiva

Resumo

Os Momentos de Inovação (MI) são marcadores narrativos de mudança que representam exceções aos padrões de significado maladaptativos. Estudados em várias abordagens terapêuticas, obtiveram padrões diferentes nas amostras Cognitivo-Comportamentais. Estas diferenças despertaram o interesse de estudar os MI numa abordagem comportamental. Para estudar estas diferenças, o presente estudo analisou nove sessões de Exposição com Prevenção de Resposta de um cliente com Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Os principais objetivos foram (1) estudar a emergência dos MI ao longo da intervenção e (2) explorar a relação entre os MI, o sofrimento psicológico e a aliança terapêutica. Os resultados indicam que a evolução dos MI é semelhante ao encontrado anteriormente noutros estudos. A redução do sofrimento psicológico previu o aparecimento de MI de nível 2 e 3 e o aumento dos MI de nível 2 e 3 previram a melhoria na relação terapêutica. Ao contrário do que foi encontrado em estudos anteriores, os MI não previram MI na sessão seguinte. Concluindo, verificamos um padrão semelhante às amostras anteriores com especificidades a ser exploradas.

Palavras-chave: momentos de inovação, exposição, exposição com prevenção de resposta, perturbação obsessivo compulsiva

Innovative Moments in Exposure and Response Prevention:

A Case with Obsessive Compulsive Disorder

Abstract

Innovative Moments (IMs) are narrative markers of change that represent exceptions to maladaptive meaning patterns. Studied across various therapeutic approaches, IMs have shown different patterns in Cognitive-Behavioral samples. These differences sparked interest in studying IMs within a behavioral approach. To explore these differences, the present study analyzed nine sessions of Exposure with Response Prevention of a client with Obsessive-Compulsive Disorder. The main objectives were (1) to examine the emergence of IMs throughout the intervention and (2) to explore the relationship between IMs, psychological distress, and the therapeutic alliance. The results indicate that the evolution of IMs is similar to findings from previous studies. The reduction in psychological distress predicted the emergence of IMs of levels 2 and 3, and the increase in IMs of levels 2 and 3 predicted improvements in the therapeutic alliance. Contrary to previous studies, IMs did not predict the occurrence of IMs in the following session. In conclusion, we observed a pattern similar to previous samples, with specific aspects that warrant further exploration.

Keywords: innovative moments, exposure, exposure and response prevention, obsessive-compulsive disorder

Índice

Momentos de Inovação 8

Intervenção Comportamental: O caso da Perturbação Obsessivo Compulsiva 10

Método 11

Participante 11

Terapeuta e Terapia 11

Instrumentos 12

Instrumento de codificação das sessões 12

Instrumentos utilizados nas sessões 12

Procedimento 13

Análise de dados 14

Resultados 15

Padrão de Evolução dos MI em EPR 15

Relação entre a emergência de MI, sofrimento psicológico e aliança terapêutica 18

Discussão 19

Padrão de Evolução dos MI em EPR 19

Relação entre a emergência de MI, sofrimento psicológico e aliança terapêutica 21

Limitações 23

Referências 24

Índice de tabelas

Tabela 1. Correlações Cruzadas 19

Índice de figuras

Figura 1. Evolução dos MI ao Longo das Sessões 15

Figura 2. Evolução dos Instrumentos Sofrimento Psicológico e da Aliança Terapêutica ao Longo das Sessões 18

Introdução

Os Momentos de Inovação (MI), enquanto marcadores narrativos de mudança (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves e Peri, 2024; White e Epston, 1990), têm vindo a ser identificados em diversos modelos teóricos de psicoterapia (e.g. Cunha et al., 2013; Gonçalves et al., 2010, 2012, 2022; Gonçalves, Silva, et al., 2017). No presente estudo exploramos de que forma Pedro (nome fictício), um caso de sucesso com diagnóstico de Perturbação Obsessivo Compulsiva, elabora MI ao longo de um processo terapêutico de Exposição com Prevenção de Resposta.

Momentos de Inovação

Os MI referem-se à emergência de momentos durante a psicoterapia nos quais os clientes se distanciam do padrão de significado maladaptativo, padrões que contribuem para o sofrimento psicológico, e elaboram novos significados (Gonçalves et al., 2016; White e Epston, 1990). A base teórica subjacente a este conceito é proposta por White e Epston (1990), os quais sugerem que o processo de mudança em psicoterapia pode ser identificado quando existe mudança ao nível das narrativas do cliente. Esta mudança é facilitada quando o terapeuta atenta, significa e trabalha a mudança através dos resultados únicos - momentos em que o cliente contradiz a narrativa dominante que mantém o problema (White e Epston, 1990). Estes princípios serviram como alicerce ao desenvolvimento dos MI, os quais representam uma operacionalização empírica dos resultados únicos. Portanto, os MI são marcadores de mudança que nos permitem analisar e interpretar as inovações nas narrativas do cliente (Gonçalves et al., 2022; Matos et al., 2009).

Estes marcadores de mudança podem ser classificados em 3 níveis (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017). Os MI de nível 1 são identificados quando há um distanciamento do padrão de significado maladaptativo, mas ainda sem alternativa ao padrão (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017). Isso pode traduzir-se numa fase inicial de mudança, por exemplo marcar um encontro com os amigos, depois de vários meses isolado. Enquanto os MI de nível 1 representam a elaboração da mudança em torno da narrativa problemática, os MI de nível 2 estão mais centrados no padrão alternativo. Os MI de nível 2 são identificados nos momentos em que os clientes se preparam para a mudança e elaboram a diferença entre padrão de significado maladaptativo e padrão mais adaptativo (Gonçalves, Ribeiro et al., 2017). Estes eventos são expressos principalmente em contrastes (e.g., antes eu pensava X, agora penso Y) ou na identificação do processo de mudança (e.g., mudei porque comecei a fazer Z; Gonçalves et al., 2022). Enquanto os MI de nível 2 abrangem contraste e processo de forma separada, os MI de nível 3 incluem ambos de um modo articulado, possibilitando o surgimento de uma meta-perspetiva em que as mudanças são integradas na história de vida do cliente (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017). Os MI de nível 3 são identificados quando o indivíduo percebe o que está a mudar (contraste) e compreende os processos envolvidos nessa mudança (processo; e.g. Antes eu pensava X, agora penso Y, porque comecei a fazer Z; Gonçalves et al., 2017, 2022).

Para além da identificação em Terapia Narrativa (TN; e.g. Gonçalves et al., 2016; Matos et al., 2009), têm vindo a ser identificados MI em diversos modelos teóricos de psicoterapia, tal como na Terapia Centrada no Cliente (Gonçalves et al., 2012), na Terapia Focada nas Emoções (TFE; Mendes et al., 2010), na Terapia Cognitivo Comportamental (Gonçalves, Silva, et al., 2017, 2022) ou na Terapia Psicodinâmica (Nasim et al., 2019; Sheena et al., 2024). Nas diferentes abordagens estudadas foi identificada, de forma consistente, a presença de MI e estudados os padrões da sua emergência (Batista et al., 2020; Matos et al., 2009). Os resultados desta linha de investigação mostram que: à medida que o processo terapêutico de sucesso progride é evidenciada uma tendência crescente na ocorrência de MI (Batista et al., 2020; Fernández-Navarro et al., 2018). Esta emergência de MI segue um padrão que tem vindo a ser reportado através do modelo heurístico de mudança (Gonçalves et al., 2010; Gonçalves et al., 2016). Os MI de nível 1 surgem logo no início da terapia, os MI de nível 2 tendem a aumentar progressivamente e os MI de nível 3 tendem a aparecer do meio da terapia em diante (e.g. Gonçalves et al., 2010, 2022). Além disso, os MI de nível 2 e 3 mostram-se associados a casos de sucesso terapêutico e à melhoria sintomática (Batista et al., 2020; Gonçalves et al, 2016; Montesano et al., 2017). No entanto, os MI de nível 1 parecem não estar associados a sucesso terapêutico (Batista et al., 2020). Num estudo mais recente, os MI também se mostraram associados ao estabelecimento de uma boa relação terapêutica (Sheena et al., 2024).

Observaram-se, porém, diferenças entre a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e outros modelos terapêuticos, no que toca à progressão de MI em casos de sucesso (Gonçalves et. al, 2017, 2022). Em primeiro lugar, a proporção média de MI de nível 3 é inferior à que ocorre na restante literatura: tanto na amostra de TCC (3.2%; Gonçalves, Silva, et al., 2017) como na amostra TCC com utilização do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (1.8%; TCC-PU; Barlow et al., 2018; Gonçalves et al., 2022) têm proporções de MI de nível 3 inferiores às encontradas em abordagens anteriormente estudadas (e.g., TFE - 7.06%; Gonçalves et al., 2010). Para além disso, a amostra TCC (Gonçalves, Silva, et al., 2017) apresentou uma proporção substancialmente superior de MI de nível 2 (11.2%), comparativamente com MI de nível 3 (3.2%; Gonçalves, Silva, et al., 2017). Gonçalves, Silva et al. (2017) sugerem que os contrastes e processos surgem de forma fragmentada em múltiplos MI de nível 2, em vez de uma forma integrada num único MI de nível 3. Na amostra TCC-PU (Barlow et al., 2018; Gonçalves et al., 2022), foi identificada uma proporção inferior de MI totais (14.8%) quando comparado com as restantes amostras (e.g. TN – 21%; Gonçalves et al., 2016), incluindo a TCC (24.14%; Gonçalves et al., 2017). Esta diferença foi discutida por Gonçalves et al. (2022), que avançam a hipótese de que este resultado poderá ser parcialmente explicado por características da abordagem, uma abordagem manualizada em que algumas tarefas não necessitam da intervenção verbal do cliente.

É possível concluir que, apesar dos MI serem identificados em várias abordagens terapêuticas, observam-se padrões diferentes nos diversos estudos, particularmente nas abordagens da TCC. Nesse sentido, surge o interesse em explorar a emergência dos MI em abordagens com preponderância no uso de técnicas comportamentais. O estudo num contexto comportamental poderá proporcionar uma melhor compreensão da manifestação dos MI em vertentes comportamentais da TCC.

Intervenção Comportamental: O caso da Perturbação Obsessivo Compulsiva

O presente estudo explora de que forma os MI emergem na Exposição com Prevenção de Resposta (EPR). Para isso, utilizou-se um caso com o diagnóstico de Perturbação Obsessivo Compulsiva (POC). Esta perturbação, caracterizada por obsessões e/ou compulsões que causam sofrimento psicológico e prejudicam a qualidade de vida das pessoas com esse diagnóstico, tem uma prevalência de 1.1% a 1.8% na população geral (American Psychiatric Association [APA], 2021; Franklin e Foa, 2011). As obsessões são definidas como pensamentos, imagens ou impulsos, intrusivos e repetitivos, que causam ansiedade (Abramowitz, 2006; APA, 2021). Por outro lado, as compulsões são comportamentos ou rituais intencionais e repetitivos, manifestados de forma aberta ou encoberta e são realizadas com o objetivo de aliviar o sofrimento causado pelas obsessões (Abramowitz, 2006; APA, 2021). É comum existirem alguns pensamentos intrusivos ao longo do dia (Audet et al., 2023), no entanto, a maioria dos indivíduos consegue abstrair-se deles e não dar significado à sua presença (Audet et al., 2023). As pessoas com diagnóstico de POC ficam absorvidas por estes pensamentos, que são geradores de muito sofrimento (Audet et al., 2023). Na tentativa de evitar os pensamentos geradores de ansiedade (as obsessões), desenvolvem comportamentos de evitamento (as compulsões; Franklin e Foa, 2011). Estes comportamentos não são adaptativos e tornam-se contraproducentes, já que, a longo prazo, o evitamento e fuga constantes levam a um aumento da ansiedade gerada. Nesse sentido, a exposição às obsessões sem as compulsões gera dessensibilização ao estímulo temido (Franklin e Foa, 2011; Leahy et al., 2012).

A EPR é considerada o *gold standard* no tratamento desta perturbação, já que a literatura tem revelado que é significativamente mais eficaz do que as outras intervenções na redução dos sintomas da POC (Abramowitz, 2006; Franklin e Foa, 2011; Leahy et al., 2012). A EPR é uma técnica comportamental que, através da exposição sistemática, gradual, repetida e prolongada do cliente às suas obsessões, acompanhada com a prevenção das compulsões, tem como objetivo enfraquecer o condicionamento (Reid et al., 2021). Ao prevenir a resposta, há um processo de aumento e eventual diminuição da ansiedade, quebrando assim o padrão cíclico pré-existente, conduzindo a um processo de habituação. Ao longo do tempo, o cliente desenvolve tolerância à presença dos pensamentos obsessivos sem recorrer ao evitamento e, por conseguinte, apresenta uma consequente melhoria na sintomatologia ansiosa (Leahy et al., 2012).

Se a EPR é amplamente considerada o tratamento mais eficaz e com sucesso na POC, o estudo dos MI neste contexto pode proporcionar novas compreensões acerca da natureza dos MI num contexto comportamental. Deste modo, o presente estudo tem como principais questões de investigação: (1) estudar a emergência dos MI em EPR, e (2) analisar a relação entre MI, sofrimento psicológico e aliança terapêutica. Colocam-se as seguintes hipóteses:

H1: Os MI emergem na EPR;

H2: Os MI seguem o padrão de progressão observado nas restantes amostras;

H3: Há uma correlação negativa entre MI e sofrimento psicológico;

H4: Há uma correlação positiva entre MI e aliança terapêutica.

Método

Participante

Pedro (nome fictício[1]) é um homem de 25 anos, solteiro, economista de profissão e, no início do processo terapêutico, desempregado. Chegou à terapia diagnosticado com POC e com sintomatologia correspondente. Pedro relatava ter pensamentos intrusivos e obsessivos acerca da orientação sexual e descrevia estar constantemente assoberbado por estes pensamentos, que resultavam num debate mental constante, na tentativa de obter respostas e certezas sobre a sua orientação sexual. Com recurso ao *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders* (DIAMOND; Tolin et al., 2018), foi possível confirmar o diagnóstico. Pedro completou nove sessões de EPR e foi considerado um caso de sucesso terapêutico no fim da psicoterapia, com base na diminuição sintomática reportada no *Outcome Questionnaire* 10.2 (OQ-10.2.; Lambert et al., 2005; versão portuguesa de Oliveira et al., 2024). Os valores foram medidos no início (21 pontos) e no fim da terapia (10 pontos), indicando uma diminuição significativa da sintomatologia e uma melhoria considerável no seu estado clínico, uma vez que o ponto de corte é 16 (Oliveira et al., 2024).

Terapeuta e Terapia

O terapeuta responsável pelas sessões deste estudo foi um profissional com mais de 30 anos de experiência em psicoterapia, nomeadamente com utilização de EPR. Através do protocolo de intervenção de Abramowitz e Jacoby (2015b) foi delineado um plano terapêutico. No início do processo, e tendo em conta o diagnóstico e idiossincrasias do participante, foram definidos os objetivos principais da intervenção terapêutica: (1) reduzir frequência e intensidade das compulsões; (2) utilizar a EPR como ferramenta para tolerar a ansiedade associada às obsessões; (3) retomar ao mercado de trabalho.

O processo terapêutico iniciou-se pela recolha de informação acerca do cliente orientada pela

[1] Para além do nome foram modificados outros dados que pudessem conduzir à identificação do cliente.

entrevista DIAMOND, onde foi possível realizar uma avaliação funcional da POC (descrição dos "gatilhos" obsessivos, respostas cognitivas e comportamentais, rituais compulsivos comportamentais e/ou mentais). Depois de toda a informação recolhida, iniciou-se o processo de psicoeducação segundo princípios cognitivo-comportamentais. Os conceitos transmitidos foram acerca dos mecanismos e processos da POC, bem como o tratamento e a sua eficácia, uma vez que a EPR é uma estratégia desafiadora para os clientes (Abramowitz e Jacoby, 2015b). Feita a psicoeducação, iniciou-se o planeamento da exposição, o foco desta intervenção. Para iniciar a exposição, desenvolveu-se com o cliente uma lista para a exposição, informada pela avaliação funcional da POC feita anteriormente. Neste caso, toda a exposição foi a pistas internas, isto é, a pensamentos e imagens intrusivas com o tema da homossexualidade (por vezes com recurso à gravação destes pensamentos). Aquando da exposição, foi fulcral dar sempre atenção à prevenção dos rituais de neutralização. Neste caso, relembrava-se o cliente que caso surgissem outros pensamentos, este deveria redirecionar a atenção à situação alvo de exposição. Ao longo das sessões, a exposição foi o cerne da intervenção, incluindo o planeamento dos exercícios, discussão das dificuldades, atualização da lista de exposição. Em paralelo, foi realizado trabalho cognitivo, tendo sido desafiadas as crenças disfuncionais do cliente, nomeadamente acerca do trabalho. Na sessão final, ponderaram-se os ganhos terapêuticos, objetivos futuros e definiu-se um plano de prevenção de recaída.

Instrumentos

Instrumento de codificação das sessões

Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI): é um instrumento (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017) de análise qualitativa que permite identificar e codificar MI de forma confiável em psicoterapia. Em estudos anteriores, o Kappa de Cohen variou entre .80 e .97 (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017), indicando alta confiabilidade. O SCMI permite identificar a proporção de MI (no caso deste estudo, calculada a partir do tempo em que o cliente elabora mudanças em relação ao total de tempo em cada sessão) e categorizar cada MI num dos três níveis hierárquicos descritos anteriormente (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017).

Instrumentos utilizados nas sessões

DIAMOND: A DIAMOND (Tolin et al., 2018) é uma entrevista clínica semiestruturada utilizada na sessão de avaliação. Auxilia os profissionais de saúde mental na recolha de informações sobre os sintomas, comportamentos e história do indivíduo, a fim de um diagnóstico preciso. Tem como foco principal as perturbações de ansiedade, humor, obsessivo compulsiva e relacionadas e utiliza os critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2013). Inclui uma ferramenta para a avaliação de comportamento ou

ideação suicida.

***Outcome Questionnaire* 10.2 (OQ-10.2):** é um instrumento (Lambert et al., 2005; versão portuguesa de Oliveira et al., 2024) de autorrelato, sensível a mudanças no sofrimento sintomático dos pacientes num curto espaço de tempo. O OQ-10.2 é uma versão reduzida do OQ-45.2 (Lambert et al., 1996), composto por 10 itens e avaliado numa escala de Likert entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). Na população portuguesa, o OQ-10.2 apresentou valores adequados de consistência interna (α de Cronbach = .81; Oliveira et al., 2024) e de confiabilidade teste-reteste (r= .82; Oliveira et al., 2024). Este instrumento foi aplicado no início das sessões para avaliar a evolução sintomática ao longo do processo terapêutico e para avaliar o sucesso terapêutico através dessa melhoria.

***Working Alliance Inventory - Short Revised* (WAI-SR):** é uma versão reduzida (Hatcher e Gillaspy, 2006) do instrumento original (Horvath e Greenberg, 1989), desenvolvido para medir a aliança terapêutica. Composto por 12 itens, distribuídos em três subescalas que avaliam os componentes principais da aliança terapêutica: acordo sobre os objetivos, tarefas e o vínculo entre o terapeuta e o cliente. Cada item é avaliado numa escala de Likert de 1 (raramente) a 5 (sempre). A WAI-SR apresentou uma elevada consistência interna (α de Cronbach = .89; Hatcher e Gillaspy, 2006) e validade convergente - indicando que a WAI-SR mede efetivamente o mesmo construto que as outras ferramentas de aliança terapêutica bem estabelecidas. Este instrumento foi aplicado no fim de todas as sessões para monitorizar e avaliar a qualidade da aliança terapêutica entre o terapeuta e o cliente.

Procedimento

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho (SECSH 011/2018). Para este estudo foi selecionado um caso com o diagnóstico de POC da Associação de Psicologia da Universidade do Minho, acompanhado com recurso a EPR. Os critérios de inclusão para seleção do participante definiram-se como: 1) ter 18 anos ou mais; 2) concordar com o consentimento informado, que assegurava o seu anonimato e o caráter voluntário da sua participação, 3) ter conhecimento suficiente da língua portuguesa; e 4) preencher os critérios de inclusão da POC de acordo com o DSM-5 (APA, 2013). Os critérios de exclusão foram os diagnósticos de: 1) Perturbação Psicótica, 2) Perturbação de Substâncias, 3) Perturbação de Personalidade e/ou 4) ideação suicida (APA, 2013).

Feita a seleção do caso de estudo, as sessões foram codificadas com o SCMI (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017) por dois codificadores. Os codificadores responsáveis pela codificação das sessões de terapia foram uma estudante de mestrado e um estudante de doutoramento experiente, ambos integrados numa equipa de investigação que estuda processos de mudança com a utilização do SCMI.

Para garantir uma aplicação confiável do SCMI, os codificadores realizaram, com sucesso, o treino de codificação que envolve a compreensão dos conceitos, critérios e diretrizes do SCMI, bem como uma componente prática de codificação de sessões terapêuticas (Batista et al., 2020).

Ambos os codificadores codificaram individualmente 100% do material em vídeo e utilizaram a duração como unidade de medida, ou seja, a quantidade de tempo ocupado pelo cliente e pelo terapeuta na elaboração de MI. Além disso, as sessões foram codificadas através da codificação em 3 níveis (anteriormente descritos) e por ordem sequencial (ou seja, Sessão 1, Sessão 2 e assim por diante). A codificação das sessões ocorreu de acordo com os seguintes passos: 1) definição do padrões de significados maladaptativo do caso com base no conteúdo das gravações de forma individual, seguindo-se a discussão conjunta da versão final desta lista de problemas, com a opção de ser alterada ao longo o tratamento, definida como uma lista de problemas; 2) cada codificador analisou as sessões uma a uma, e, consoante a lista de problemas definida, identificou os MI aquando da emergência de ações, pensamentos ou sentimentos contrastantes no discurso do cliente; 3) os MI identificados foram classificados nos três níveis acima definidos. Após a codificação de cada sessão, os codificadores reuniram e calcularam o índice de concordância entre avaliadores. Para fazer o cálculo utilizou-se a seguinte formula: Concordância observada entre codificadores / Soma da proporção dos MI identificados em todas as sessões por ambos os codificadores (Batista et al., 2020). O índice de concordância corresponde a uma medida numérica que designa a concordância relativa entre os codificadores em relação aos MI identificados: valores mais altos indicam uma concordância maior entre os juízes, enquanto valores mais baixos indicam uma concordância menor. De acordo com Batista et al. (2020), o valor do índice deve ser de pelo menos 80%. Foi utilizado o coeficiente Kappa de Cohen (varia entre -1 e 1) para medir a confiabilidade interavaliadores. De acordo com Batista et al. (2020), um valor de Kappa superior a 0.75 é considerado indicativo de uma boa concordância entre os codificadores, o que assegura que os critérios de identificação dos MI foram aplicados de forma consistente entre ambos.

Análise de dados

Após a conclusão da codificação dos MI, os dados das nove sessões foram compilados em arquivo Microsoft Excel® e foi calculada a estatística descritiva (proporções). Posteriormente, para verificar a relação entre os MI e a melhoria sintomática reportada no OQ-10.2, bem como a relação entre os MI e a melhoria na relação terapêutica reportada na WAI-SR, utilizamos o *Simulation Modeling Analysis,* um método confiável para analisar séries temporais curtas (Borckardt et al., 2008). Realizamos uma série de análises de correlação cruzada, reduzindo o alfa para 0.017 com a correção de Bonferroni. Uma relação Lag-0 entre o OQ-10.2/WAI.SR e os MI indica que que houve uma associação entre os

resultados e os MI que surgiram durante aquela sessão específica. Lag+1 indica que os MI da sessão seguinte foram associados aos resultados medidos na sessão anterior. Lag-1 indica que os MI da sessão anterior foram associados aos resultados medidos na sessão seguinte.

Resultados

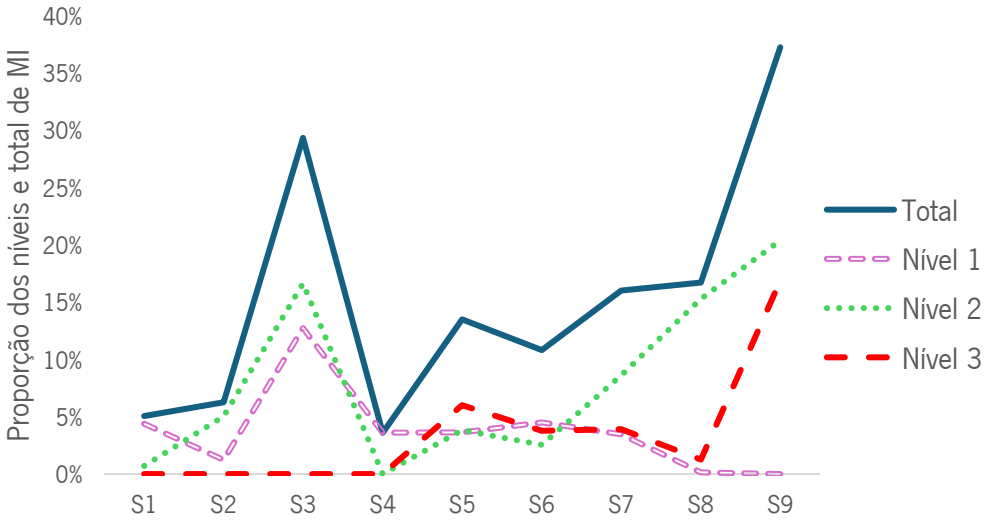
A codificação das sessões começou pela definição dos padrões de significado maladaptativos do Pedro. Com base no conteúdo das sessões, o padrão de significados maladaptativos do Pedro foi definido pelos seguintes problemas: pensamentos intrusivos acerca da orientação sexual, dificuldades relacionadas com emprego, autocrítica, poucas atividades reforçadoras e dificuldades com o sono e falta de estrutura na rotina.

Padrão de Evolução dos MI em EPR

Os MI emergiram ao longo de 15.39% do tempo total das nove sessões de EPR (com uma proporção mínima total de 3.60% na sessão 4 e proporção máxima total de 37.24% na sessão 9). A emergência dos três níveis de MI apresenta proporções distintas ao longo das nove sessões: Os MI de nível 2 foram os mais prevalentes (8.11%), enquanto os MI de nível 1 e nível 3 representaram, respetivamente, 3.75% e 3.54% de toda a terapia.

Figura 1

Evolução dos MI ao Longo das Sessões



Nota: MI – Momentos de Inovação; S – Sessão

Em relação ao padrão da emergência de MI, observámos um aumento da sua proporção total ao longo do processo terapêutico (Figura 1). A primeira sessão apresentou uma proporção total de 5.07%

de MI e a última sessão uma proporção total de 37.24% de MI. Este padrão torna-se mais evidente ao longo das sessões, evidenciado pela redução na variabilidade das proporções entre as sessões, indicando um padrão de evolução mais consistente e linear. Especificamente as sessões 1, 2 e 4 apresentam padrões semelhantes, com uma proporção reduzida de MI, sendo a principal diferença na sessão 2 com surgimento dos MI de nível 2, que estão ausentes nas sessões 1 e 4. A sessão 3 destaca-se significativamente, registando os níveis mais elevados de MI de nível 1 em todo o processo terapêutico, além da presença substancial de MI de nível 2, que só é igualada a partir da sessão 8. Depois da sessão 3, a sessão 4 parece marcar um regresso à *linha de base*, com uma redução na proporção de MI. A sessão 5 destaca-se por ser aquela em que pela primeira vez surgem MI de nível 3, embora sem alterações revelantes nos outros níveis. A sessão 6 mantem-se semelhante à sessão anterior, sem alterações significativas. A sessão 7 marca um aumento considerável nos MI de nível 2, uma tendência que se mantém até ao final do processo. Verificamos também que a emergência de nível 3 se reduziu das sessões 5 a 8 e voltou a ter uma presença muito significativa na sessão 9. Para uma melhor análise do padrão de evolução dos MI descrito, sofrimento psicológico e relação terapêutica (Figura 2; Hatcher e Gillaspy, 2006; Lambert et al., 2005), realizámos uma caracterização clínica das sessões e conjugamos essa descrição com excertos de MI:

Nas primeiras duas sessões, observou-se uma predominância de MI de nível 1 (4.38% e 1.24%) e nível 2 (0.69% e 5.04%). Durante este período, Pedro começou a familiarizar-se com a exposição. Na sessão 1, ao ser exposto a pensamentos perturbadores, Pedro conseguiu evitar o aumento de ansiedade, revelando a primeira aprendizagem sobre a técnica: “Provavelmente achava que ia ficar pior (depois da exposição).”- MI nível 1. Na sessão 2, começou a aplicar a exposição fora das consultas, um progresso que evidenciou maior autonomia no processo e foi importante para criar novos significados aos pensamentos intrusivos: “Consegui perceber que não foi bem aquilo que se passou.”- MI nível 2. A sessão 3 destacou-se pela súbita emergência de MI, com o domínio de MI de nível 1 (12.73%) e nível 2 (16.62%), totalizando 29.34%. Durante esta semana, Pedro enfrentou menos situações ativadoras e integrou mudanças na rotina, expondo-se aos pensamentos intrusivos e utilizando com sucesso estratégias para controlar a preocupação. Este progresso representou a exploração ativa de alternativas ao problema, dando-lhe esperança e confiança para sair do padrão de significado maladaptativo com que chegou à terapia. Segue um exemplo de um MI, na sessão 3, que revela esta nova forma de significar o problema: “Consegui suportá-los melhor e geri-los, como fiz... 'estás na festa, aproveita mas é, deixa de ser nabo e pensas nisso mais tarde'." – MI nível 2. Paralelamente, verificou-se uma melhoria no sofrimento psicológico (nas sessões 1, 2 e 3, pontuou com 21, 22 e 15, respetivamente), com Pedro

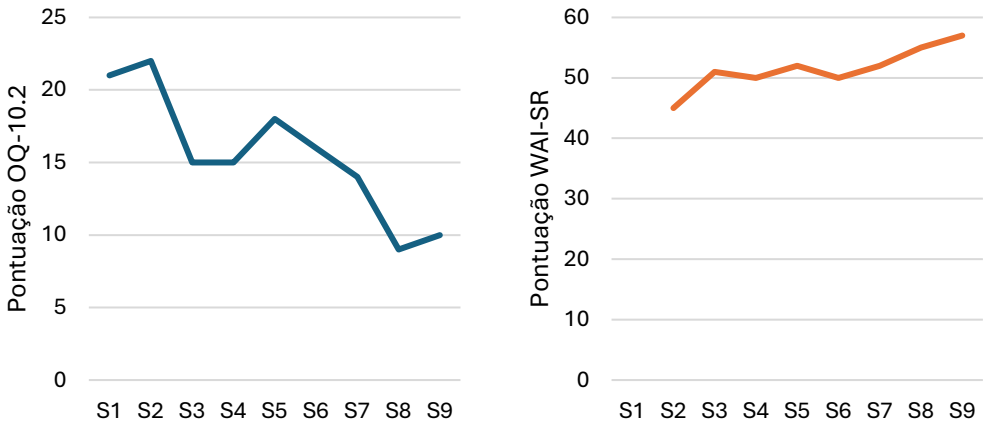
pela primeira vez a pontuar abaixo do ponto de corte no OQ-10.2 na sessão 3, e uma melhoria contínua na relação terapêutica ao longo das três sessões (44, 45, 51, respetivamente; Figura 2).

Nas sessões 4 a 6, observa-se uma estabilização nos MI de nível 1 (3.60%, 3.64% e 4.50%), os MI de nível 2 reaparecem na sessão 5 e diminuem ligeiramente na sessão 6 (0.00%, 3.83%, e 2.55%) e os MI de nível 3 surgem pela primeira vez na sessão 5 (6.02%) e continuam presentes na sessão 6 numa proporção reduzida (3.77%). A sessão 4 apresentou uma redução total de MI (3.60%), com o cliente a reportar inquietação e ansiedade relacionadas a pensamentos intrusivos. O terapeuta focou na exploração desses pensamentos, promoveu a exposição como técnica principal à melhoria sintomática e definiu rotinas mais eficazes. Esta sessão marca o início de uma fase em que a reestruturação cognitiva ganha maior peso; centrada na interpretação dos pensamentos intrusivos como "lixo cognitivo" e permite ao cliente desafiar crenças que promovem o funcionamento obsessivo. O exemplo do MI de nível 3 na sessão 5 reflete essa mudança: Pedro começou a pensar em experiências de trabalho passadas como formas de lidar com a autocrítica, aceitando a incerteza como parte do processo: “Se correr mal, o pior que pode acontecer é ser despedido e ter de procurar outro.” Esta nova perspetiva demonstrou uma maior tolerância à incerteza e uma redução da autocrítica. A pontuação do sofrimento psicológico manteve-se estável (15, 18, 16) e a relação terapêutica também se estabilizou (50, 52, 50) nas três sessões (Figura 2).

Entre as sessões 7 e 9, observou-se um aumento significativo na proporção total de MI, passando de 16.01% na sessão 7 para 37.24% na sessão 9. Na sessão 7, destacaram-se MI de nível 2 (8.62%), enquanto os níveis 1 e 3 foram menos emergentes (3.47% e 3.92%, respetivamente). Na sessão 8, o nível 2 aumentou para 15.29%, com os MI de níveis 1 e 3 a representarem apenas 0.16% e 1.26%, respetivamente. A sessão 9 teve a maior proporção de MI, dominada pelos níveis 2 (20.37%) e 3 (16.86%), sem a presença do nível 1. Na sessão 7, Pedro demonstrou a crescente capacidade de ignorar os pensamentos intrusivos acerca da sexualidade: “Estava muito mais consciente que era o tal demónio a falar do que eu a pensar.” – MI nível 2. Já na sessão 9, evidenciou-se uma consolidação das aprendizagens terapêuticas, quando Pedro refletiu sobre a normalização dos seus afetos: “Se fosse há mês e meio atrás ia ficar a pensar neste abraço... e de facto não estás.” – MI nível 3. Durante estas sessões, também se observou uma melhoria no sofrimento psicológico (14, 9, 10) e na relação terapêutica (52, 55, 57; Figura 2).

Figura 2

Evolução dos Instrumentos Sofrimento Psicológico e da Aliança Terapêutica ao Longo das Sessões



Nota: S- Sessão;

Relação entre a emergência de MI, sofrimento psicológico e aliança terapêutica

A análise descritiva permitiu-nos observar a evolução dos MI, sofrimento psicológico e aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico, contudo, para compreender a relação entre as medidas, avançamos com uma série de análises de correlação cruzada (ver *Análise de Dados*). Os resultados de correlações cruzadas demonstraram uma associação positiva entre o OQ-10.2 e MI de Nível 1 (Lag+1), ou seja, aquando do aumento do sofrimento psicológico (medidos pelo OQ-10.2), há um aumento dos MI de nível 1 na sessão seguinte (r=.57, p=.038). Já a correlação entre o OQ-10.2 e MI de Nível 2 (Lag-0) é negativa e estatisticamente significativa, ou seja, aquando da diminuição sintomatológica, há um aumento de MI de nível 2 (r=-.72, p=.017). Por fim, a correlação entre o OQ-10.2 e MI de Nível 3 (Lag+1) é negativa e estatisticamente significativa, ou seja, aquando da diminuição do sofrimento psicológico, há um aumento dos MI de nível 3 na sessão seguinte, (r=-.65, p=.02). Para testar os padrões de associação entre MI e a WAI-SR, foram utilizados conjuntos de correlações cruzadas semelhantes ao anterior. A correlação entre a WAI-SR e MI de nível 2 e nível 3 (Lag-0) é positiva e estatisticamente significativa, ou seja, aquando do aumento dos MI de nível 2 (r=.72, p=.025) e nível 3 (r=.67, p=.020), ocorre uma melhoria da qualidade da aliança terapêutica na mesma sessão. Todas as associações foram testadas (Tabela 1) e apenas as significativas foram reportadas (cf., Tabela 1).

Tabela 1

Correlações Cruzadas

		Lag 0		Lag +1		Lag -1	
		Correlação (r)	*p-value*	Correlação (r)	*p-value*	Correlação (r)	*p-value*
Medida	Nível MI						
	1	.20	.293	.57	.038*	.16	.325
OQ-10.2	2	-.72	.017*	-.23	.270	-.40	.137
	3	-.48	.097	-.65	.020*	-.09	.409
	1	-.26	.212	-.43	.095	-.26	.212
WAI-SR	2	.72	.020*	.11	.383	.27	.242
	3	.67	.025*	.52	.054	.01	.475

Nota. As correlações com p < .05 * são consideradas estatisticamente significativas.

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo estudar o padrão de emergência dos MI ao longo do tratamento de um paciente com o diagnóstico de POC, e acompanhado com recurso à abordagem de EPR. Além disso, estudou-se a relação entre MI, sofrimento psicológico e aliança terapêutica neste cliente. Os resultados obtidos sugerem que é possível identificar um padrão de aumento na emergência de MI ao longo da intervenção de EPR. As relações observadas variaram em função dos diferentes níveis de MI (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017) e consoante a relação temporal com as medidas de aliança terapêutica (WAI-SR; Horvath e Greenberg, 1989) e sofrimento psicológico (OQ-10.2; Lambert et al., 2005).

Padrão de Evolução dos MI em EPR

A proporção de MI emergente neste participante foi de 15.39%. Este valor é inferior ao encontrado em amostras de outros estudos, como o estudo com TN (21%; Gonçalves et al., 2016) ou com TCC (24.1%; Gonçalves, Silva et al., 2017). Todavia, a emergência de MI encontrada neste estudo equipara-se ao estudo que utiliza TCC-PU (14.8%; Barlow et al., 2018; Gonçalves et al., 2022). Estes resultados podem dever-se a duas causas distintas: (1) o foco da intervenção e (2) questões metodológicas.

A EPR é uma abordagem focada na mudança comportamental (Abramowitz e Jacoby, 2015a). Isto implica que algumas sessões, ou parte destas, se dediquem à intervenção com pouco envolvimento verbal por parte do cliente; neste caso, exposição repetitiva ao estímulo temido. Consequentemente, a intervenção pode estar a limitar a exploração de significados alternativos por parte do cliente, favorecendo

uma manifestação menos evidente de mudança. Por outras palavras, a estrutura da intervenção da EPR pode limitar a elaboração e expressão de MI quando comparada com outras técnicas de maior envolvimento verbal. Em contraste, amostras anteriormente estudadas com abordagens como a TFE (Mendes et al., 2010) ou TN (Gonçalves et al., 2016), proporcionam ativamente um espaço para a elaboração de novos significados. Além disso, não sendo o trabalho cognitivo o foco da intervenção, esta abordagem pode não envolver necessariamente a mesma quantidade de elaboração de significados. É possível que alguma da mudança comportamental se manifeste de maneira diferente, seja menos evidente ou não seja passível de identificar através do SCMI – instrumento que nos permite identificar mudança através de pistas verbais do discurso do cliente.

Por outro lado, a menor proporção de MI pode também ser explicada pelo método de codificação. O SCMI é um instrumento que permite a codificação dos MI em formato vídeo ou texto (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017), no entanto, poderá estar mais ajustado à análise textual. Isto é, as transcrições textuais oferecem uma sequência clara e contínua das falas do cliente e não contabilizam pausas ou atividades não verbais. Em contrapartida, a codificação em vídeo inclui o tempo de todos os silêncios, pausas ou atividades não verbais (e.g., exposição). Isso significa que a codificação em vídeo inclui os períodos de silêncio e tempo despendido em diferentes atividades da sessão, influenciando assim o cálculo da proporção total de MI. Desta forma, as diferenças metodológicas podem explicar parte das diferenças nas proporções de MI encontradas entre estudos que utilizam codificação em vídeo *versus* texto: por exemplo, no caso dos estudos cujas sessões codificadas estavam transcritas (e.g. TCC - 24.14%, Gonçalves, Silva, et al., 2017; TFE - 30.3%, Mendes et al., 2010), obtiveram uma frequência de MI superior à proporção total de estudos cuja codificação foi feita através das gravações vídeo das sessões (e.g., o presente estudo, TCC-PU; Gonçalves et al., 2022). Ou seja, a codificação em texto ao focar apenas na transcrição do conteúdo verbal (foco do SCMI), poderá fornecer uma codificação mais precisa, enquanto a codificação em vídeo pode subestimar a proporção dos MI devido à inclusão do tempo não verbal. Esses fatores metodológicos são cruciais para a interpretação dos resultados e destacam a importância de considerar a abordagem de codificação ao comparar a proporção média total de MI nos diferentes estudos.

Em termos do padrão de evolução da emergência de MI ao longo do processo terapêutico, este caso caracterizou-se pela emergência predominante de MI de nível 1 nas sessões iniciais e com o decorrer das sessões uma diminuição, por outro lado, verificámos um aumento progressivo de MI de nível 2 e a partir do meio da terapia começaram a surgir MI de nível 3. De facto, este padrão é muito semelhante ao que tem sido encontrado em casos de sucesso de estudos anteriores (e.g. Batista et al.,

2020). Tal como noutros casos de sucesso, os MI de nível 1 tornam-se menos prevalentes e os MI de nível 2 e 3 tornam-se mais prevalentes ao longo da terapia (Batista et al., 2020). No caso dos MI de nível 3, confirma-se o típico padrão de emergência a partir do meio da terapia (sessão 5) e tendência de progressão até à última sessão (e.g., Gonçalves et al., 2022; Mendes et al., 2010). O padrão de evolução observado neste caso está em consonância com o modelo heurístico de mudança (Gonçalves et al., 2010; Gonçalves et al., 2016) que integra e explica alguns resultados obtidos nesta linha de investigação. No início da psicoterapia predominam os MI de nível 1, que refletem a exploração da perspetiva problemática típica desta fase inicial (Gonçalves et al., 2016). À medida que a terapia progride, começam a emergir os MI de nível 2, que indicam o surgimento de perspetivas alternativas à narrativa problemática (Gonçalves et al., 2016). Surgem por fim os MI de nível 3, que correspondem ao desenvolvimento de uma metaperspetiva de mudança (Gonçalves et al., 2016).

Relação entre a emergência de MI, sofrimento psicológico e aliança terapêutica

O estudo da relação entre a emergência de MI e o sofrimento psicológico sugeriu que a diminuição do sofrimento psicológico está associada ao aumento dos MI de nível 2 na mesma sessão. Esta correlação já havia sido encontrada no estudo que utiliza a TCC-PU (Gonçalves et al., 2022). Para além disso, a diminuição de sofrimento psicológico numa dada sessão demonstrou estar associada a maior emergência de MI de nível 3 na sessão seguinte. Este resultado revela-se em concordância com Gonçalves et al., (2016, 2017) e Nasim et al. (2019) que prevê que a melhoria sintomática numa dada sessão está associada ao aumento de MI na sessão seguinte. Ao contrário dos estudos anteriormente mencionados (Gonçalves et al., 2016, 2017, Nasim et al., 2019), os resultados do nosso estudo não encontraram correlação entre emergência de MI numa dada sessão e alterações no sofrimento psicológico na sessão seguinte. Estes estudos sugerem que os MI numa dada sessão predizem com maior precisão a redução subsequente do sofrimento psicológico do que o inverso, ou seja, que a diminuição do sofrimento psicológico prediz a emergência de MI. A ausência de relação já tinha sido identificada no estudo que utilizou a TCC-PU (Gonçalves et al., 2022), os autores sugerem que a falta de correlação pode dever-se a: MI serem resultados e não variáveis nesta relação; motivos metodológicos; existência de um terceiro processo (por exemplo, clientes regulam as suas emoções de forma mais eficiente, aumentam a flexibilidade das suas cognições), que tem impacto tanto nos MI produzidos como no sofrimento psicológico manifestado. Colocamos a hipótese de que a ausência de uma correlação significativa poderá estar relacionada com a natureza da intervenção terapêutica utilizada. A abordagem de EPR, focada na mudança de padrões comportamentais, pode induzir a mudança comportamental antes que se verifiquem alterações nos padrões de significados. Assim, é plausível que a mudança

comportamental, um fator central na diminuição do sofrimento psicológico na POC, ocorra antes da emergência de mudança no conteúdo narrativo, captadas pelos MI. Deste modo, a ausência da relação entre os MI numa dada sessão e a diminuição do sofrimento psicológico na sessão seguinte, pode justificar-se pela mudança comportamental, que pode não ter sido inteiramente captada pelo SCMI.

Os resultados também revelaram que aquando do aumento de sofrimento psicológico numa dada sessão, há um aumento dos MI de nível 1 em sessões posteriores. Esta mesma correlação foi encontrada no estudo de Gonçalves, Silva et al. (2017). Explicam que esta correlação pode estar a acontecer porque os MI de nível 1 representam formas do cliente criar distância do problema (Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017), ou seja, emergem aquando da tentativa de afastamento do problema. Nesse sentido, a emergência de MI de nível 1 na sessão posterior ao aumento sintomático pode sugerir que Pedro, em colaboração com o terapeuta, se encontre numa tentativa de elaborar novos significados, ainda que numa fase embrionária. Embora os MI de nível 1 possam não estar diretamente associados ao sucesso terapêutico, eles podem servir como um indicador de que o cliente está a iniciar um processo de mudança. Se devidamente reconhecidos e trabalhados no contexto terapêutico, os MI de nível 1 podem facilitar a emergência de novos MI de nível 2 e 3, que são associados ao sucesso terapêutico (Batista et al., 2020).

O estudo da relação entre a emergência de MI e a relação terapêutica medida sugeriu que o aumento dos MI de nível 2 e nível 3 numa dada sessão está associada à melhoria da relação terapêutica na mesma sessão. Estes resultados seguem padrões previamente encontrados. Num estudo recente, Sheena et al. (2024) verificaram que os MI nível 2 e nível 3 estavam associados à melhoria da relação terapêutica na mesma sessão. Estes autores sugerem que, quando os clientes alteram os seus padrões de significado, a mudança poderá estar a fortalecer e consolidar a confiança terapêutica. Contudo, é importante notar que o instrumento é aplicado apenas no final da sessão, o que pode influenciar a análise desta relação. Isto é, embora tanto a relação terapêutica quanto os MI ocorram ao longo da sessão, os MI são codificados no período da sessão, enquanto a relação terapêutica é medida apenas no final. Esta diferença temporal leva-nos a interpretar que o aumento dos MI está relacionado com o aumento da relação terapêutica numa dada sessão. No entanto, a possibilidade de uma relação bidirecional não foi testada. Como tal, apesar das correlações cruzadas sugerirem que os MI influenciam a relação terapêutica, é possível que ambos os construtos se influenciem mutuamente durante a sessão. Esta possibilidade de uma relação bidirecional é sustentada pela literatura, que aponta que o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica está associado a resultados positivos na psicoterapia (Flückiger et al., 2018; Horvath e Symonds, 1991; Sheena et al., 2024).

Limitações

A primeira limitação do presente estudo é utilizarmos um único caso, o que restringe a representatividade e compromete a generalização dos resultados. O facto de se tratar de um estudo de caso com POC acerca da homossexualidade, pode não representar de forma abrangente a diversidade de formas em que esta perturbação se manifesta e por isso, não nos permite generalizar a ocorrência de MI em outros temas POC. Outra limitação é a amostra de nove sessões, relativamente pequena, o que limita generalização de resultados para processos terapêuticos mais longos, já que o padrão de evolução de MI pode comportar-se de forma diferente. Uma última limitação é que a codificação dos MI foi realizada com base nas gravações em vídeo, o que pode ter influenciado a identificação e a frequência de MI, uma vez que o tempo despendido em silêncios ou em atividades não verbais (e.g., exposição) também foi contabilizado. Apesar da limitação identificada, e outras que certamente existirão, os resultados obtidos podem contribuir para a construção teórica sobre a relação entre os MI e a EPR. Estas limitações sugerem que serão necessários estudos futuros com amostras maiores e mais diversificadas para validar e expandir os presentes resultados.

Conclusão

Neste estudo o nosso objetivo era compreender de que forma os MI emergiam em EPR. Para isso, num caso diagnosticado com POC e tratado com EPR, foram codificadas as sessões com o SCMI e posteriormente foram testadas correlações cruzadas entre os MI e o sofrimento psicológico e a aliança terapêutica. Conclui-se que a evolução dos MI é semelhante ao encontrado anteriormente noutros estudos, com algumas diferenças que podem estar relacionadas com a própria estrutura da EPR ou por motivos metodológicos associados à codificação das sessões. Os MI não previram os resultados na sessão seguinte, mas a redução do sofrimento psicológico previu o aparecimento de MI de nível 2 e 3. A abordagem EPR também poderá ajudar a explicar este resultado. O aumento dos MI de nível 2 e 3 previram a melhoria na relação terapêutica, um resultado previamente encontrado em estudos anteriores. Concluindo, verificamos um padrão semelhante às amostras anteriores com especificidades a ser exploradas.

Referências

Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive—Compulsive Disorder. *Can J Psychiatry*, *51*(7).

Abramowitz, J. S., e Jacoby, R. J. (2015a). Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*(1), 165–186. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713

Abramowitz, J. S., e Jacoby, R. J. (2015b). *Obsessive-compulsive disorder in adults* (1st ed.). Hogrefe Publishing. https://doi.org/10.1027/00411-000

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fifth edition). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

APA. (2021). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition text revision DSM-5-TR™*.

Audet, J.-S. J.-S., Bourguignon, L., e Aardema, F. (2023). *What makes an obsession? A systematic-review and meta analysis on the specific characteristics of intrusive cognitions in OCD in comparison with other clinical and non-clinical populations*. https://doi.org/10.1002/cpp.2887

Batista, J., Silva, J., Magalhães, C., Ferreira, H., Fernández-Navarro, P., e Gonçalves, M. M. (2020). Studying psychotherapy change in narrative terms: The innovative moments method. *Counselling and Psychotherapy Research*, *20*(3), 442–448. https://doi.org/10.1002/capr.12297

Buchholz, J. L., Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., e Twohig, M. P. (2019). Sudden gains: How important are they during exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder? *Behavior Therapy*, *50*(3), 672–681. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.004

Cunha, C. A. C., Spinola, J., e Goncalves, M. M. (2013). The emergence of innovative moments in narrative therapy for depression: Exploring therapist and client contributions. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *15*(2), 62–74. https://doi.org/10.4081/ripppo.2012.120

Fernández-Navarro, P., Rosa, C., Sousa, I., Moutinho, V., Antunes, A., Magalhães, C., Ribeiro, A. P., e Gonçalves, M. M. (2018). Reconceptualization innovative moments as a predictor of symptomatology improvement in treatment for depression. *Clinical Psychology e Psychotherapy*, *25*(6), 765–773. https://doi.org/10.1002/cpp.2306

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., e Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult

psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Franklin, M. E., e Foa, E. B. (sem data). *Obsessive–Compulsive Disorder*.

Franklin, M. E., e Foa, E. B. (2011). Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*(1), 229–243. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104533

Gonçalves, M. M., Batista, J., Braga, C., Oliveira, J. T., Fernandéz-Navarro, P., Magalhães, C., Ferreira, H., e Sousa, I. (2022). Innovative moments in recovered cases treated with the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Psychotherapy Research*, *32*(6), 736–747. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2003463

Gonçalves, M. M., Batista, J., e Freitas, S. (2017). Narrative and clinical change in cognitive-behavior therapy: A comparison of two recovered cases. *Journal of Constructivist Psychology*, *30*(2), 146–164. https://doi.org/10.1080/10720537.2016.1183537

Gonçalves, M. M., Matos, M., Santos, A., Ribeiro, A. P., Silva, J., Batista, J., Rosa, C., e Fernández-Navarro, P. (2019). *Innovative moments & ambivalence markers coding system manual*.

Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., e Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research*, *22*(4), 389–401. https://doi.org/10.1080/10503307.2012.662605

Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., e Greenberg, L. S. (2010). Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, *23*(4), 267–294. https://doi.org/10.1080/10720537.2010.489758

Gonçalves, M. M., e Peri, T. (2024). Innovative moments as markers of meaningful change: Introducing the special section. *Journal of Constructivist Psychology*, *37*(1), 1–6. https://doi.org/10.1080/10720537.2023.2250483

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., e Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, *21*(5), 497–509. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.560207

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., e Sousa, I. (2016). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, *26*(4), 425–435. https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1035355

Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Batista, J., Sousa, I., e Fernandes, C.

F. (2017). Narrative changes predict a decrease in symptoms in cbt for depression: an exploratory study: Narrative change in CBT. *Clinical Psychology e Psychotherapy*, *24*(4), 835–845. https://doi.org/10.1002/cpp.2048

Gonçalves, M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Fernández-Navarro, P., e Oliveira, J. T. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, *27*(3), 270–282. https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1247216

Hatcher, R. L., e Gillaspy, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, *16*(1), 12–25. https://doi.org/10.1080/10503300500352500

Hezel, D., e Simpson, Hb. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, *61*(7), 85. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18

Horvath, A. O., e Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory.

Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C., e Burlingame, G. M. (1994). *Administration and scoring manual for the oq©-45.2*.

Leahy, R. L., Holland, S. J., e McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd ed). Guilford Press.

Machado, P. P., e Fassnacht, D. B. (2015). *The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores*.

Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., e Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, *19*(1), 68–80. https://doi.org/10.1080/10503300802430657

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., e Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *225*(3), 236–246. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058

Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., e Gonçalves, M. 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. https://doi.org/10.1080/10503307.2010.514960

Montesano, A., Oliveira, J. T., e Gonçalves, M. M. (2017). How Do Self-Narratives Change During

Psychotherapy? A Review of Innovative Moments Research. *Journal of Systemic Therapies*, *36*(3), 81–96. https://doi.org/10.1521/jsyt.2017.36.3.81

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, *46*. https://doi.org/10.1037/h0054288

Nasim, R., Shimshi, S., Ziv-Beiman, S., Peri, T., Fernández-Navarro, P., Oliveira, J. T., e Gonçalves, M. M. (2019). Exploring innovative moments in a brief integrative psychotherapy case study. *Journal of Psychotherapy Integration*, *29*(4), 359–373. https://doi.org/10.1037/int0000148

Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., e Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(1), 33–41. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020

Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., e Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, *40*, 156–169. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003

Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., e Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, *106*, 152223. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152223

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., e Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, *15*(1), 53–63. https://doi.org/10.1038/mp.2008.94

Sheena, L., Kivity, Y., Shimshi, S., Tuval-Mashiach, R., e Peri, T. (2024). How does change occur in psychotherapy? Innovative moments predict stronger therapeutic alliance and functional improvement in a psychodynamic case study. *Journal of Constructivist Psychology*, *37*(1), 7–20. https://doi.org/10.1080/10720537.2023.2248529

Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., Hannan, S. E., Steinman, S. A., Worden, B., e Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for *dsm-5* anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, *25*(1), 3–13. https://doi.org/10.1177/1073191116638410

White, M., e Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. Norton.

ANEXO A

Universidade do Minho

SECSH

Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: SECSH 011/2018

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

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

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

Os documentos enviados estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECSH).

Face ao exposto, nada temos a opor à execução do projeto, na Universidade do Minho.

Braga, 28 de maio de 2018.

Digitally signed by PAULO MANUEL PINTO PEREIRA ALMEIDA MACHADO
Date: 2018.06.04 08:52:37 +01'00'

Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado