

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Camilla Gonçalves Brito Santos**

**Propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Ambivalência em  
Psicoterapia (QAP)**

**JUIZ DE FORA**

**2019**

**Camilla Gonçalves Brito Santos**

**Propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Ambivalência em  
Psicoterapia (QAP)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.  
Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes.

Co orientador: Rodrigo da Cunha T. Lopes.

**Juiz De Fora**

**2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Camilla Gonçalves Brito.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE AMBIVALÊNCIA EM PSICOTERAPIA (QAP) / Camilla Gonçalves Brito Santos. -- 2019.

72 p. : il.

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Coorientador: Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.

1. Ambivalência. 2. Validação. 3. Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP). I. Sartes, Laisa Marcorela Andreoli, orient. II. Lopes, Rodrigo da Cunha Teixeira, coorient. III. Título.

**Camilla Gonçalves Brito Santos**

**Propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Ambivalência em  
Psicoterapia (QAP)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

**Comissão Examinadora**

---

**Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes**

**Universidade Federal de Juiz de Fora**

---

**Membro Interno: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço**

**Universidade Federal de Juiz de Fora**

---

**Membro Externo: Prof. Dr. João Tiago Terra da Cruz Oliveira**

**Universidade do Minho**

## AGRADECIMENTOS

Durante o desenvolvimento desse trabalho contei com o apoio e encorajamento de diversas pessoas que foram essenciais para que fosse possível sua realização, e por isso, venho prestar meus agradecimentos.

À Deus, por me conceder força e sabedoria para superar as dificuldades e obstáculos existentes no caminho.

Aos meus pais, João Carlos e Lindoya, por todo incentivo e apoio durante toda a vida. Obrigada por despertarem e estimularem em mim o prazer na aquisição de conhecimento. Obrigada por serem exemplos de fortaleza e minha fonte de apoio incondicional.

Às minhas irmãs, Giordanna e Anna, pelo companheirismo de sempre. A caminhada é mais leve com vocês.

À querida Professora Dr. Laisa, por ser exemplo de profissional, docente, orientadora e ser humano. É um privilégio ter a oportunidade de trabalhar com você.

Ao Professor Dr. Rodrigo, por toda a contribuição à pesquisa. Foi um prazer trabalhar com você

Às bolsistas Ana Luísa e Taís, por toda dedicação. Obrigada pela confiança e oportunidade de trabalharmos juntas.

Aos meus amigos e familiares, que foram suporte nos momentos de dificuldade. Obrigada por me impulsionar ao crescimento profissional e pessoal.

Aos participantes da presente pesquisa, obrigada pela colaboração e confiança.

À CAPES, pelo suporte financeiro.

À todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização dessa pesquisa, muito obrigada.

## RESUMO

O estudo dos fatores que impedem a mudança comportamental tem tido cada vez mais atenção por parte dos investigadores, uma vez que a sua compreensão fornece indicadores importantes para o aumento da eficácia da psicoterapia. Vários estudos têm demonstrado que níveis elevados de resistência e ambivalência estão associados a piores resultados terapêuticos e a abandono precoce da terapia. O presente estudo tem como objetivo realizar a adaptação transcultural para o Brasil e avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP) para indivíduos em tratamento psicoterápico. Foram entrevistados 181 indivíduos em processo terapêutico em clínicas-escolas de cursos de psicologia e consultórios particulares de Juiz de Fora e região usando um critério de conveniência. O QAP apresentou correlação fraca com o URICA e suas subescalas. A estrutura dos itens do QAP é composta por dois fatores que explicam 61,19% do total da variância. Na análise de consistência interna o valor do alfa de Cronbach do instrumento foi de 0,86. O QAP e o OQ-45 apresentaram uma correlação positiva moderada. A versão brasileira do QAP demonstrou ser um instrumento adequado, de aplicação rápida e fácil, com boas propriedades psicométricas.

**Palavras-chave:** Ambivalência; Validação; Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP).

## **ABSTRACT**

The study of factors that impede behavioral change has been receiving increasing attention from researchers, since their understanding provides important indicators for increasing the effectiveness of psychotherapy. Several studies have shown that levels of resistance and ambivalence are associated with poorer therapeutic outcomes and early cessation of therapy. The purpose of this study is to perform the cross-cultural adaptation to Brazil and to evaluate the psychometric properties of the Ambivalence Questionnaire in Psychotherapy (QAP) for individuals undergoing psychotherapeutic treatment. We interviewed 181 individuals in a therapeutic process in Clinics School of Psychology courses and private practices of Juiz de Fora and region using a criterion of convenience. The QAP showed a low correlation with URICA and its subscales. The structure of the QAP items consists of two factors that explain 61.19% of the total variance. In the internal consistency analysis, the Cronbach's alpha value of the instrument was 0.86. The QAP and OQ-45 had a moderate positive correlation. The Brazilian version of the QAP proved to be an adequate instrument, quick and easy to apply, with good psychometric properties

**Keywords:** Ambivalence; Validation; Ambivalence Psychotherapy Questionnaire (QAP).

## **LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

**Tabela 1** - Dados Bibliométricos

**Tabela 2** – Análise Fatorial Exploratória e valores de alfa de Cronbach

**Tabela 3** – Sensibilidade dos itens do QAP

**Figura 1** - Procedimentos metodológicos utilizados na coleta dos dados

**Figura 2** – Modelo Fatorial do QAP de duas dimensões

**Figura 3** - Modelo Fatorial do QAP de duas dimensões com modificações

**Figura 4** – Análise Fatorial Confirmatória do QAP, Modelo de três dimensões

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**EM** – Entrevista Motivacional

**MI** – Momentos de Inovação

**MMT** – Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento

**OARS** - *Open-ended questions, Affirmations, Reflective listening, and Summaries*

**RPMs** – Marcadores de Retorno do Problema

**MINT** - *Motivational Interviewing Network of Trainers*

**IMCS** - IMs Coding System

**ACS** - *Ambivalence Coding System*

**ARCS** - *Ambivalence Resolution Coding System*

**TAG** - Transtorno de Ansiedade Generalizada

**TCC** – Terapia Cognitivo Comportamental

**QAP** – *Questionário de Ambivalência em Psicoterapia*

**MG** – Minas Gerais

**RJ** – Rio de Janeiro

**URICA** – Versão Brasileira do *University of Rhode Island Change Assessment*

**OQ – 45** – *Outcome Questionnaire*

**CAAE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Referências.....</b>	<b>15</b>
<b>2. TEXTO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE AMBIVALÊNCIA EM PSICOTERAPIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Introdução.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Método e procedimento.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3. Resultados e Discussão.....</b>	<b>19</b>
2.3.1. Análise dos bibliométricos dos 13 artigos incluídos nesse estudo.....	19
2.3.2. Teorias que embasam a ambivalência.....	21
2.3.2.1. <i>Entrevista Motivacional (EM)</i> .....	21
2.3.2.2. <i>Momentos de Inovação (MI)</i> .....	22
2.3.2.3. <i>Modelo integrativo de ambivalência resistente</i> .....	25
2.3.3. Definição.....	27
2.3.4. Ambivalência e Sucesso Terapêutico.....	29
2.3.5. Instrumentos.....	31
<b>2.4. Considerações Finais.....</b>	<b>32</b>
<b>2.5. Referências.....</b>	<b>34</b>
<b>3. TEXTO 2: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE AMBIVALÊNCIA EM PSICOTERAPIA – QAP.....</b>	<b>37</b>

<b>3.1. Introdução.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2. Método.....</b>	<b>42</b>
3.2.1. Participantes.....	42
3.2.2. Instrumentos.....	42
3.2.2.1. <i>Questionário de dados sócio demográficos.....</i>	<i>42</i>
3.2.2.2. <i>Versão Brasileira do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP).....</i>	<i>42</i>
3.2.2.3. <i>Versão Brasileira do University of Rhode Island Change Assessment (URICA).....</i>	<i>43</i>
3.2.2.4. <i>Outcome Questionnaire – OQ-45.....</i>	<i>43</i>
3.2.3. Procedimento.....	44
<b>3.3. Análises Estatísticas.....</b>	<b>45</b>
<b>3.4. Resultados.....</b>	<b>46</b>
3.4.1. Caracterização da amostra.....	46
3.4.2 Evidências de validade baseadas na estrutura interna.....	47
3.4.2.1 <i>Análise Fatorial Exploratória.....</i>	<i>47</i>
3.4.2.2 <i>Análise Fatorial Confirmatória.....</i>	<i>48</i>
3.4.3 Consistência interna.....	51
3.4.4 Evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas.....	51

3.4.5 Ambivalência e desconforto psicológico.....	52
3.4.6 Ordem de aplicação.....	52
<b>3.5. Discussão.....</b>	<b>53</b>
<b>3.6. Considerações Finais.....</b>	<b>56</b>
<b>3.7. Referências.....</b>	<b>58</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>5. Anexos.....</b>	<b>65</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo é composto por dois textos. O primeiro, tem como objetivo caracterizar os estudos sobre ambivalência em psicoterapia nos últimos 10 anos. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura que engloba as definições acerca da ambivalência, as teorias que embasam esse constructo, os instrumentos que possibilitam a sua mensuração e a relação entre a ambivalência e insucesso terapêutico.

A ambivalência é definida como posições opostas em relação à mudança que pode ser acompanhada de emoções intensas (Oliveira, Gonçalves, Braga e Ribeiro, 2016). Ela é um fenômeno comum e natural em psicoterapia (Velicer, DiClemente, Prochaska, e Brandenburg, 1985), mas quando não manejada corretamente pelo psicoterapeuta, pode resultar em insucesso e/ou abandono terapêutico (Westra e Norouzian, 2017).

Os achados da revisão de literatura apontam uma forte relação entre altos níveis de ambivalência com o insucesso terapêutico e o abandono da psicoterapia (Hunter, Button & Westra, 2014; Westra & Norouzian, 2017). Apesar dessa relação indicar a relevância e importância de realização de pesquisas acerca desse fenômeno, são escassos os estudos acerca dessa temática.

Além dessa carência de pesquisas sobre a ambivalência, dentro os estudos encontrados, evidenciou-se uma divergência sobre a definição desse constructo, tanto entre as teorias que o embasam (Entrevista Motivacional, Momentos de Inovação e Modelo Integrativo da Ambivalência Resistente), quanto entre os profissionais (Engle & Arkowitz, 2007; Gantiva & Alarcón, 2014; Laakso, 2012; Miller & Rose, 2013; Ribeiro et. al., 2014; Rice et. al., 2017; Westra & Norouzian, 2017)

A revisão de literatura também apontou para inexistência de instrumentos para identificação e mensuração da ambivalência adequados para o contexto clínico brasileiro

(Gonçalves et. al, 2016). Dessa forma, o segundo texto do presente estudo tem como objetivo realizar a adaptação transcultural e avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP).

O QAP é um instrumento de auto relato, construído em Portugal, a partir da abordagem Narrativa. O QAP é constituído por duas partes, no qual primeira é composta por uma régua de 11 pontos (de 0 a 10) no qual o paciente se localiza em relação a mudança. Já a segunda parte possui nove itens respondidos em uma escala Likert de cinco pontos. Os maiores escores indicam maiores níveis de ambivalência em psicoterapia (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017).

Portanto, o presente estudo, além de apresentar as características das pesquisas sobre ambivalência em psicoterapia, também fornece um instrumento adequado ao contexto clinico brasileiro, que possibilita a identificação e mensuração desse fenômeno nos clientes por parte dos psicoterapeutas, auxiliando no manejo desse fenômeno, possibilitando a melhoria dos resultados em psicoterapia.

## 1.2 Referências

Engle, D. & Arkowitz, H. (2007). Viewing Resistance as Ambivalence: Integrative Strategies for Working With Resistance Ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*.48(3), 389-412.

Gantiva, C. & Alarcón, L. F. (2014). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. *Psychologia: avances de la disciplina*. 9(1), 83-91.

Hunter, J. A., Button, M. L. & Westra, H. A. (2014). Ambivalence and Alliance Ruptures in Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*. 43(3), 201-208.

Laakso, J. L. (2012). Motivational Interviewing: Addressing Ambivalence to Improve Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*. 33, 8–14.

Miller, W. R. & Rose, G. S. (2013). Motivational Interviewing and Decisional Balance: Contrasting Responses to Client Ambivalence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1-13.

Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. & Ribeiro, A. P. (2016). Cómo Lidar con la Ambivalencia em Psicoterapia: Um Modelo Conceptual para la Formulación de Caso. *Revista de Psicoterapia*. 27(104), 83-100.

Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P. & Gonçalves, M. M (2017). Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP) [Ambivalence in Psychotherapy Questionnaire]. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Eds.), *Psicologia Clínica e da Saúde:*

Instrumentos de Avaliação (pp. 101-113). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, O. A., & Sousa, I. (2014) 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.

Rice, S. L., Hagler, K. J., Papponi, B. L. M., Connors, G. J. & Delaney, H. D. (2017). Ambivalence about behavior change: utilizing motivational interviewing network of trainers' perspectives to operationalize the construct. *Addiction Research & Theory*. 25(2), 154-162.

Velicer, W. F., DiClemente, C., Prochaska, J. O. & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48(5), 1279-1289.

Westra, H. A. & Norouzian, N. (2017). Using Motivational Interviewing to Manage Process Markers of Ambivalence and Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. *Cogn TherRes*. 42 (2), 193–203.

## **2. TEXTO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE AMBIVALÊNCIA EM PSICOTERAPIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Introdução**

Em psicoterapia, a ambivalência do paciente ocorre quando o mesmo apresenta posições opostas em relação à mudança. Ela pode ser acompanhada por uma emoção intensa, já que o cliente está dividido e não apto a agir (Rice, et.al., 2017). Muitas vezes a ambivalência e a resistência são confundidas ou consideradas como sinônimos. Entretanto, a ambivalência reflete uma variável do cliente, indicando prontidão para mudança, enquanto a resistência representa um processo interpessoal que envolve tensão ou oposição entre o cliente e o terapeuta. Dessa maneira, clientes com alta ambivalência são mais propensos a se opor às demandas dos terapeutas, particularmente na direção da mudança (Button, Westra, Hara & Aviram, 2015). Ou seja, a resistência na terapia pode ser um reflexo da ambivalência e/ou uma expressão comportamental da mesma (Westra, 2011; Button, Westra, Hara & Aviram, 2015).

Sendo assim, a ambivalência do cliente é central nos resultados em psicoterapia. Altos níveis de ambivalência são associados a um envolvimento limitado por parte do paciente, principalmente em terapias de ação orientada (Hunter, Button & Westra, 2014; Westra & Norouzian, 2017).

Da mesma forma que a ambivalência é vivenciada de formas diferentes pelos pacientes, ela também é trabalhada de formas diversas pelos terapeutas (Rice, et.al., 2017). Isso torna a identificação do fenômeno mais complexa, o que pode dificultar a percepção da sua ocorrência por parte dos terapeutas. Como consequência, os profissionais podem atuar sobre esse fenômeno de forma inadequada, inclusive intensificando a ambivalência do cliente. Laakso (2012) aponta alguns exemplos de

estratégias ineficazes para resolver a ambivalência e promover mudanças no comportamento: coerção, persuasão, confronto e argumentação.

Apesar da importância e influência desse fenômeno para o desenvolvimento da terapia e principalmente para os resultados da mesma, ainda são escassas as pesquisas que tenham essa temática como objeto de estudo, visando aprofundar e esclarecer o que é a ambivalência, como e porque ela ocorre e quais suas conseqüências para o processo terapêutico.

Por isso, o presente estudo tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura englobando artigos que definam a ambivalência, apresentem sua relação com o sucesso terapêutico, avaliem instrumentos e abordem teorias que embasam o fenômeno.

## **2.2 Método e Procedimento**

Os dados foram coletados nas bases de dados PubMed, PsychoINFO e Web of Science a partir da utilização dos descritores “*Ambivalence*” para se referir à ambivalência, “*Psychotherapy*” para se referir à psicoterapia e “*Motivation for change*” para se referir à motivação para mudança.

Os 2178 artigos encontrados foram encaminhados para o *software* livre *My Endnote Web*. Destes, 1161 foram encontrados na PubMed, 1009 na PsychoINFO e 8 na Web of Science. No *Endnote* foram excluídos 201 artigos duplicados através da ferramenta disponível nesse *software*. A primeira etapa da seleção dos artigos envolveu a leitura dos títulos e resumos dos 1971 restantes, na qual foram excluídos 1933 artigos. Na segunda etapa foi realizada a leitura integral dos demais (38). Ao final, foram selecionados 13 que compõe a presente revisão de literatura, como pode ser observado na figura 1.

Os critérios de inclusão contemplaram estudos em português, inglês ou espanhol que tinham como objetivo principal (I) relacionar a ambivalência com resultados terapêuticos,

(II) definir a ambivalência, (III) avaliar instrumentos de identificação e mensuração da ambivalência ou (IV) apresentar a ambivalência a partir de alguma teoria. Foram excluídos teses, dissertações, livros e capítulos de livros, ou estudos realizados há mais de 10 anos.

Total de artigos por base de dados:

Pubmed: 1161; PsycINFO:1009; Web of Science:8

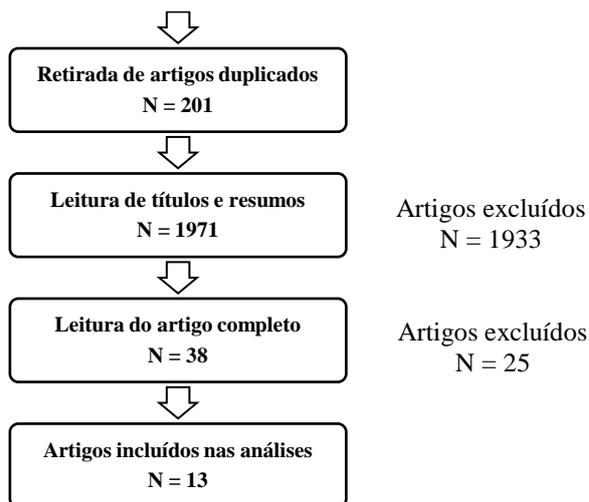


Figura 1 – Procedimentos metodológicos utilizados na coleta dos dados

## 2.3 Resultados e Discussão

### 2.3.1 Análise de dados bibliométricos dos 13 artigos incluídos nesse estudo

Os artigos foram publicados entre 2007 e 2017, sendo 2014 o ano com o maior número de publicações ( $N = 4$ ). A grande maioria dos estudos foi publicada em inglês ( $N = 10$ ). Entre os países nos quais os estudos foram desenvolvidos, a distribuição foi bastante homogênea entre Portugal ( $N = 4$ ), Canadá ( $N = 4$ ) e Estados Unidos ( $N = 4$ ). A Colômbia apresentou apenas um artigo publicado. Em artigos teóricos nos quais os pesquisadores possuíam nacionalidades diferentes, o país foi definido de acordo com a origem do primeiro autor. Os estudos foram bem distribuídos quanto aos periódicos e os *Cognitive Behaviour Therapy* e *Psychotherapy Research* apresentaram o maior número

de publicações ( $N = 2$ ). Em relação ao tipo de estudo, as pesquisas também se distribuíram homogeneamente, sendo sete estudos empíricos e seis teóricos. Sobre os critérios de inclusão, seis estudos foram incluídos por terem como objetivo apresentar a ambivalência a partir de uma determinada teoria, cinco por verificar a relação do sucesso terapêutico com a ambivalência, um por avaliar instrumentos que identificam e mensuram a ambivalência e um por explorar a definição da ambivalência. A tabela 1 apresenta os dados bibliométricos.

**Tabela 1** - Dados bibliométricos dos 13 artigos incluídos nesse estudo

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Língua</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Critério de inclusão</b>	<b>Descrição da amostra</b>	<b>Periódico</b>
Alves et. al.	2016	Portugal	Inglês	Empírico	Relação com sucesso terapêutico	6 pacientes com luto complicado	Death Studies
Button, Westra, Hara & Aviram	2015	Canadá	Inglês	Empírico	Relação com sucesso terapêutico	37 pessoas com TAG	Cognitive Behaviour Therapy
Engle & Arkowitz	2007	EUA	Inglês	Teórico	Teorias que embasam	Não se aplica	Journal of Humanistic Psychology
Gantiva & Alarcón	2014	Colômbia	Espanhol	Empírico	Teorias que embasam	10 pacientes com dependência.	Psychologia : avances de la disciplina
Gonçalves et. al.	2012	Portugal	Português	Empírico	Relação com sucesso terapêutico	Estudo de caso	Análise Psicológica
Gonçalves et. al.	2016	Portugal	Português	Teórico	Instrumentos	Não se aplica.	Psychotherapy Research

Hunter, Button & Westra	2014	Canadá	Inglês	Empírico	Relação com sucesso terapêutico	37 pessoas com TAG	Cognitive Behaviour Therapy
Laakso	2012	EUA	Inglês	Teórico	Teorias que embasam	Não se aplica	Issues in Mental Health Nursing
Miller & Rose	2013	EUA	Inglês	Teórico	Teorias que embasam	Não se aplica	Behavioural and Cognitive Psychotherapy
Ribeiro et. al.	2014	Portugal	Inglês	Empírico	Teorias que embasam	Estudo de caso	Psychotherapy Research
Rice et. al.	2017	EUA	Inglês	Empírico	Definição	70 membros da MINT	Addiction Research & Theory
Westra	2011	Canadá	Inglês	Teórico	Relação com sucesso terapêutico	37 pessoas com TAG	Behaviour Research and Therapy
Westra & Norouzian	2017	Canadá	Inglês	Teórico	Teorias que embasam	Não se aplica	Therapy. Cogn TherRes

### 2.3.2 Teorias que embasam a ambivalência

Dos seis artigos que foram incluídos por abordarem teorias que embasam o estudo sobre a ambivalência, quatro abordaram a Entrevista Motivacional (EM), um os Momentos de Inovação (MI), e um aborda o Modelo Integrativo de Ambivalência Resistente.

#### 2.3.2.1 Entrevista Motivacional (EM)

A EM tem como base teórica o Modelo Transteórico da mudança de comportamento (MMT) de Prochaska e DiClemente (1983) e é definida como uma

intervenção diretiva, centrada no cliente, que tem como objetivo principal o aumento da motivação intrínseca à mudança através da exploração e resolução da ambivalência (Gantiva & Alarcón, 2015; Laakso, 2012; Miller & Rose, 2013; Westra & Norouzian, 2017; Rice et. al., 2017).

A EM tem como princípios fundamentais a expressão da empatia por parte do terapeuta, o foco no desenvolvimento da discrepância entre os pensamentos ambivalentes do paciente e sobre seu comportamento atual e o que ele almeja, a evitação da discussão e do confronto para prevenir o surgimento da resistência e o foco no aumento da auto-eficácia do paciente para que esse se sinta seguro e capaz de realizar a mudança (Gantiva & Alarcón, 2015; Karzenowski & Puskar, 2011)

As quatro técnicas fundamentais para o desenvolvimento da EM são apresentadas através do acróstico OARS (representam as iniciais em inglês) que se referem a perguntas abertas – ex: “Me fale sobre não realizar a mudança. O que é bom nisso? E qual é o outro lado?”; afirmações – ex: “Eu entendo que você não queria realizar a mudança, mas está disposta a pensar sobre ela. Eu admiro isso, pois sei que não é fácil”; escuta reflexiva – ex: “Você tem perdido coisas por causa desse comportamento e isso parece ser muito difícil para você”; e resumir – ex: “Então você não quer continuar tomando o remédio porque ganhou peso, mas parece que você teve problemas para controlar seus sintomas sem a medicação, o que afetou seu casamento e trabalho. É isso ou eu perdi alguma coisa?” (Gantiva & Alarcón, 2015; Laakso, 2012; Salvo & Breland, 2015).

### **2.3.2.2 Momentos de Inovação (MI)**

O modelo de mudança dos MI tem como base teórica a Abordagem Narrativa que aponta a existência dos seres humanos como sendo moldada pela forma como eles constroem narrativas sobre suas experiências. Nessas histórias, os indivíduos definem

quais eventos são incluídos e excluídos da narrativa e quais os significados atribuídos a eles. Essas interpretações podem restringir a compreensão acerca de si mesmo, do outro e do mundo, construindo auto narrativas problemáticas (Alves, 2015; Gonçalves, Matos & Ribeiro, 2009; Gonçalves, 2012).

Dessa forma, as auto narrativas problemáticas seriam definidas como regras que organizam o eu de forma a restringir as experiências pessoais, enviesando os clientes aos episódios e significados negativos de suas vivências (Alves, 2015; Dimaggio, 2006). Alves (2015) esclarece que, em psicoterapia, a transformação dessas auto narrativas acontece a partir de momentos em que o cliente investe em uma forma de pensar, sentir e se comportar diferentes, os chamados Momentos de Inovação.

O estudo realizado por Matos, Santos, Gonçalves e Martins (2009) apontou a existência de cinco tipos diferentes de MI, sendo eles: MI de ação - comportamentos específicos que desafiam o problema; MI de reflexão - processos de pensamento nos quais emergem pensamentos novos que deslegitimam o problema; MI de protesto - resistência ou protesto contra as facetas de outros ou de si mesmo; MI de reconceitualização - é um processo meta cognitivo no qual o cliente não só manifesta pensamentos e comportamentos fora da auto narrativa problemática, como também compreende os processos envolvidos; MI de execução da mudança – são novas intenções, projetos, atividades ou investimentos planejados ou em andamento.

O surgimento de um MI pode ser visto como um ponto de bifurcação no processo de mudança (Gonçalves, 2016), isso porque apesar apresentarem alto potencial de transformação, eles ameaçam a estabilidade do *self*, gerando tensão, que pode ter como resposta um movimento de auto proteção com o objetivo de controlar a ansiedade causada pelos novos e desconhecidos significados dos MI.

Frequentemente os clientes desvalorizam o potencial de mudança presente nos MIs, através da trivialização, negação ou minimização dos mesmos, enfatizando a dominância da auto-narrativa problemática através da elaboração de marcadores de retorno do problema (RPMs). Os RPMs são um claro sinal de ambivalência, ou seja, é um acesso empírico desse fenômeno (Alves et. al. 2014; Alves et. al., 2016; Ribeiro et. al., 2014; Gonçalves et.al., 2012; Cardoso, Silva, Gonçalves & Duarte, 2013).

Nessa revisão de bibliografia é possível observar que a maioria dos artigos, considerando tanto os teóricos quanto os empíricos, tem como escopo teórico a Entrevista Motivacional, seguido da teoria dos Momentos de Inovação. A EM, ao abordar a ambivalência, tem como foco as estratégias para a resolução da mesma, e não aprofunda na concepção do constructo. Além disso, na EM a ambivalência é um fenômeno que pode ocorrer a qualquer momento do processo de mudança, mas principalmente na fase em que o paciente ainda está avaliando se realizará ou não a alteração do comportamento.

Já a teoria dos MI, que segundo essa revisão começa a ganhar espaço somente a partir do ano de 2012, se aprofunda mais no processo através do qual esse fenômeno ocorre. Ela discorre sobre como as auto narrativas problemáticas são construídas, passando pelos MI que são o primeiro passo do processo de mudança, e apresenta os RPMs que são as manifestações empíricas da ambivalência do cliente. Portanto, de acordo com esse aparato teórico, as manifestações desse fenômeno ocorrem durante todo o processo terapêutico, e suas frequências vão diminuindo na medida em que a ambivalência vai sendo resolvida pelo cliente, através das intervenções do terapeuta.

Como ponto convergente, as duas teorias conceituam a ambivalência como posições opostas em relação à mudança de comportamento, e enfatizam que caso não seja dada a devida atenção a sua ocorrência, ou caso o terapeuta não realize o manejo correto,

ela pode prejudicar o andamento do processo psicoterápico, influenciando negativamente nos resultados da terapia.

### ***2.3.2.3 Modelo integrativo de ambivalência resistente***

No seu estudo que teve como objetivo principal propor uma abordagem integrativa sobre a ambivalência resistente e estratégias para enfrentá-la, Engle e Arkowitz (2007) apontam que as diversas abordagens terapêuticas têm visões diferentes sobre quais as mudanças que os pacientes resistem, quais comportamentos definem a presença da ambivalência, por que a resistência ocorre e como cada abordagem trabalha com esse fenômeno. Eles assumem o termo ambivalência resistente para se referir ao que, segundo os autores, é chamado de resistência em diferentes terapias e pode ser utilmente conceituado e trabalhado como ambivalência.

Os autores postulam que nenhuma abordagem terapêutica possui todas as respostas e que o potencial de aprendizagem sobre o comportamento humano e suas mudanças pode ser maior ao se considerar o que as diversas abordagens têm a dizer. Portanto, eles examinaram os pontos convergentes entre as principais visões de resistência e construíram um modelo integrativo baseado em alguns dos fatores comuns entre eles.

As principais semelhanças encontradas pelos autores consistem em: os conceitos de ambivalência e resistência são vistos como sinônimos na maior parte dos casos; a ambivalência resistente se manifesta através da evitação defensiva, da não-conformidade e um de padrão de comportamentos interpessoais que causam falta de gratificação ou sofrimento; a ambivalência resistente pode ser compreendida melhor pela perspectiva do cliente; a ambivalência resistente é intrapessoal e reflete a discrepância a favor e contra a mudança; nem sempre os clientes estão conscientes dessa discrepância; a resistência

ocorre porque a mudança é vista como uma ameaça imprevisível e incontrolável ao *status quo*; é um estado e não um traço; abordagens que enfatizam a empatia e o apoio têm maior probabilidade de facilitar a mudança.

Os pressupostos teóricos utilizados pelos autores na abordagem proposta são provenientes basicamente da teoria humanística-experencial, que envolve entre outros conceitos, a autonomia, a consciência dos sentimentos e uma força positiva que leva a pessoa à mudança auto dirigida, que é apenas facilitada pelo terapeuta. Além disso, essa nova abordagem integra métodos orientados à ação, que são característicos das terapias diretivas, como tarefas de casa e representação de papéis. Em contra partida, os autores propõe que essas técnicas, antes de absorvidas ao processo terapêutico, devem ser apresentadas aos clientes como sugestão, tendo esse sempre a palavra final sobre o seu processo de mudança.

Por fim, os autores apresentam duas estratégias para lidar com a resistência ambivalente em psicoterapia. Uma delas é a Entrevista Motivacional, que foi descrita anteriormente. A outra se refere à técnica das duas cadeiras que tem sua raiz na Gestalt, e no contexto da abordagem integrativa tem como objetivo proporcionar um diálogo entre as duas vozes discrepantes do *self*. Nesse caso, o paciente em hora ocupa a cadeira da “voz para mudar” e hora da “voz para não mudar”, e o terapeuta atua como facilitador do diálogo.

Dessa forma, o modelo integrativo da ambivalência resistente, faz a fusão dos conceitos ambivalência e resistência, utilizando-se deles como sinônimos, em oposição ao desenvolvimento teórico tanto da EM quanto dos MI, que entendem a ambivalência como um fenômeno do paciente, e a resistência como uma tensão entre paciente e terapeuta e, portanto, intrapessoal.

Além disso, esse modelo utiliza-se de estratégias da EM para resolver a ambivalência, mas não integra a teoria sobre os MI. Segundo os dados obtidos por essa revisão de literatura, isso se justifica devido ao fato de que esse modelo foi apresentado em 2007, ou seja, antes da teoria sobre os MI ganhar espaço entre as pesquisas realizadas sobre a ambivalência em 2012.

### 2.3.3 Definição

Rice et al. (2017) desenvolveram um estudo sobre o entendimento da ambivalência por terapeutas de Entrevista Motivacional, por entenderem que os pacientes não apresentam apenas quantidades de ambivalência diferentes, mas também a experienciam e a expressam de formas distintas, o que também afeta a forma como os terapeutas interpretam e respondem a esse fenômeno. Portanto, faz-se necessária uma definição mais detalhada da ambivalência para avançar no entendimento desse constructo nas situações concretas e reais, e na criação de formas de mensurá-la.

Para atingir esse objetivo, 70 terapeutas treinados em Entrevista Motivacional membros da *Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT)* responderam a uma pesquisa online que continha as seguintes perguntas: “Como você define ambivalência?”; “Você acredita que a ambivalência é cognitiva, emocional, ou ambos?”; “Existem outros conceitos que você acha que são muitas vezes confundidos com a ambivalência, mas são diferentes da ambivalência?”. As respostas foram analisadas com base na *grounded theory approach*, através da qual foram codificadas e agrupadas em temas.

Sobre a definição da ambivalência, surgiram seis temas que não eram mutuamente excludentes. A forma que ambivalência mais foi definida (41%) foi como posições opostas – no sentido cognitivo e emocional - (pró e contra) em relação à mudança. O segundo tema mais citado se referiu à emoções e cognições ligadas à ambivalência, como

sentimentos e pensamentos mistos, indecisão, desejo e medo/ansiedade; os temas subseqüentes abordaram contextos de ambivalência (20%), fatores que afetam a ambivalência (17%) e inércia comportamental (11%).

Sobre a ambivalência ser um fenômeno cognitivo, emocional ou ambos – nesse caso os temas eram excludentes -, a maior parte dos terapeutas disse entendê-la como ambos (49%), seguido dos que acreditam que ela pode ser tanto cognitivo quanto emocional, mas pode ser um ou outro especificamente dependendo do paciente (17%). Uma parte dos participantes (14%) respondeu ambos, já que pensamentos e sentimentos são inseparáveis ou interligados. Outra parcela (7%) respondeu ambos e destacou a influência de aspectos adicionais como cultura, experiências pessoais, componente relacional da ambivalência, entre outros. Alguns participantes (6%) vêem a ambivalência como um fenômeno estritamente cognitivo. Por fim, 4% responderam ambos, mas fundamentalmente emocional e 3% responderam ambos, mas fundamentalmente cognitivo. Nenhum participante apontou a ambivalência como exclusivamente emocional.

Em relação aos temas que são comumente confundidos com a ambivalência – temas não eram mutuamente excludentes - 19% apontaram a resistência, 11% negação, 8% falta de motivação/prontidão para mudança, 8% discrepância, 7% apatia, 6% ambigüidade, 6% confusão, 5% pré contemplação/contemplação, 5% hesitação, 3% dissonância cognitiva, 3% barreiras à mudança, 3% falta de habilidade ou baixa auto eficácia. Os temas citados por apenas um participante foram agrupados na categoria outros (19%) e 13% não tinham certeza.

Apesar de ser um estudo no qual a amostra foi composta por terapeutas treinados em EM, essa é uma pesquisa recente (2017), o que faz com que fosse possível que os

entrevistados tivessem contato e/ou conhecimento sobre outras teorias que abordassem a ambivalência. Entretanto, nenhum conceito da teoria dos MI nem do modelo integrativo de ambivalência resistente foi citado pelos participantes em suas definições sobre esse construto.

#### **2.3.4 Ambivalência e Sucesso Terapêutico**

Dos cinco estudos que tiveram como objetivo correlacionar a ambivalência com o sucesso terapêutico, três possuem a mesma amostra, que é composta por pessoas com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (Button, Westra, Hara & Aviram, 2015; Hunter, Button & Westra, 2014; Westra, 2011).

Os dados originais são provenientes do ensaio clínico randomizado desenvolvido por Westra, Arkowitz e Dozois (2009). A amostra foi composta por 37 participantes diagnosticados com TAG. Os pacientes foram aleatoriamente alocados nas condições de tratamento, a saber: sem pré tratamento – apenas Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) - e com pré tratamento (EM + TCC). A escolha da EM como pré tratamento se deu ao fato de que alguns estudos demonstram que os pacientes com TAG vêm sua preocupação excessiva como um problema, mas também mantém crenças positivas sobre a mesma, o que influencia negativamente no resultado da terapia.

O estudo desenvolvido por Hunter, Button e Westra (2014) teve como objetivo analisar a relação entre a ambivalência e a ruptura da aliança terapêutica em TCC. Os resultados mostraram que os pacientes que apresentaram ruptura de aliança, articularam um número significativamente maior de argumentos contra a mudança no início da terapia.

Já o estudo realizado por Button, Westra, Hara e Aviram (2015) objetivou examinar simultaneamente a resistência precoce e ambivalência usando dois sistemas de

codificação baseados em observadores para determinar sua inter-relação e investigar influências no resultado. Os achados mostraram que quando a resistência precoce foi levada em conta, a ambivalência inicial não se relacionou aos resultados, o que sugere que a desarmonia na relação terapêutica é mais importante para os resultados do que a ambivalência em si. Ou seja, a ambivalência por si não é necessariamente prejudicial para os resultados.

Um dos objetivos do estudo realizado por Westra (2011) foi observar a capacidade de predição de um instrumento de auto relato que avalia a resistência em relação aos resultados terapêuticos que nesse estudo foram medidos em relação à redução da preocupação dos pacientes com TAG. Os resultados apontaram a resistência precoce como um forte preditor de baixa redução de preocupação.

Outro estudo (Alves et. al., 2016) avaliou essa relação em uma amostra de seis pacientes com luto complicado. Foram analisadas 83 sessões desses pacientes de um protocolo de 15 sessões. Os resultados demonstraram que na medida em que a terapia progrediu, os casos com diferentes melhorias sintomáticas tornaram-se significativamente diferentes em termos de produção de RPM, que são interpretados como a expressão empírica da ambivalência.

Outra pesquisa (Gonçalves et. al. 2012) observou a relação da ambivalência com o sucesso terapêutico através do estudo do caso de Maria. A paciente era vítima de violência doméstica, tinha 47 anos e sua família possuía nível socioeconômico baixo. A mãe morreu na sua infância e o pai a maltratou fisicamente. Era casada há 20 anos, tinha um filho de 10 e um de 16 anos. Não mantinha uma boa relação com o filho mais velho, o que a levava a sentir-se “má mãe”. O marido Luís, a violentava psicológica e fisicamente há anos. Foi considerado um caso de insucesso dado que o sofrimento

psicológico se manteve elevado ao longo do tratamento e não houve mudanças significativas no padrão de vitimação.

Os resultados indicaram que a cliente Maria apresentou baixa saliência de MIs, se contrapondo a uma elevada frequência de RPMs, o que significa que Maria apresentou muita ambivalência em relação à mudança durante o seu processo terapêutico, pois suscitava novidades ao seu padrão de funcionamento habitual (MIs), mas regressava ao funcionamento habitual logo de seguida (RPMs).

### **2.3.5 Instrumentos**

O estudo desenvolvido por Gonçalves et. al. (2016) apresenta três sistemas de codificação desenvolvidos a partir da perspectiva narrativa descrita anteriormente, sendo eles o *IMs Coding System (IMCS)*, o *Ambivalence Coding System (ACS)*, e o *Ambivalence Resolution Coding System (ARCS)*.

O IMCS tem por objetivo a identificação dos MIs. Ele envolve a codificação de todas as sessões de psicoterapia por dois juízes. A codificação dos MI envolve as tarefas de definir o padrão mal adaptativo, ou seja, as auto narrativas problemáticas. Essa fase é realizada consensualmente entre os codificadores, já as seguintes são executadas de maneira independente; definir os momentos que essa regra é desafiada através do surgimento de MIs; identificar o início e o fim dos MIs; e classificar os MIs quanto ao tipo já apresentados anteriormente. O questionário apresenta bons índices de confiabilidade nos estudos já realizados.

Por entender que os RPMs são um sinal da ocorrência da ambivalência, o ACS tem como objetivo a identificação dos momentos em que esse fenômeno ocorre em psicoterapia a partir da detecção dos RPMs. O instrumento apresentou boa confiabilidade nos estudos em que foi utilizado.

O ARCS tem como objetivo a identificação de momentos em que ocorre a resolução da ambivalência, mesmo que momentânea, já que é através da repetição dessas micro resoluções que a ambivalência é superada. A codificação envolve a análise sucessiva de cada MI e a classificação de cada um deles em “resolução” ou “sem resolução”. O instrumento apresentou boa confiabilidade nos estudos em que foi utilizado.

Apesar de diversos estudos que indicam a influência negativa da ambivalência nos resultados psicoterápicos, são escassos os estudos que tem como objeto de pesquisa instrumentos que identifiquem e avaliem a ambivalência do paciente, tendo sido encontrados apenas três nessa revisão de literatura. Além disso, a construção desses instrumentos tem tido importância apenas nos últimos sete anos, tendo em vista que o IMCS e o ACS foram construídos em 2011, e o ARCS apenas em 2016.

## **2.4 Considerações Finais**

Apesar da relevância da temática da ambivalência em psicoterapia, principalmente por sua influência nos resultados terapêuticos, evidenciou-se uma escassez de estudos que abordam esse fenômeno. Foi possível observar também que é um tema que há poucos anos tem ganhado espaço como foco de pesquisas – principalmente a partir de 2012.

As teorias que embasam a ambivalência também se apresentam de forma reduzida, sendo quase que exclusivamente a Entrevista Motivacional e os Momentos de Inovação. O mesmo acontece com os países que produzem estudos acerca da ambivalência, sendo evidente uma concentração de pesquisas nos Estados Unidos, Portugal e Canadá.

A definição da ambivalência foi um ponto de bastante discordância tanto entre os profissionais e entre as teorias que embasam o constructo, quanto em relação ao seu caráter cognitivo e/ou emocional. No presente estudo, propomos a utilização da definição

comum entre a Entrevista Motivacional e os Momentos de Inovação, entendendo a ambivalência como posições opostas em relação à mudança de comportamento que pode ser acompanhada por uma emoção intensa, e, portanto, possui tanto um caráter cognitivo quanto emocional.

Através dessa revisão de literatura sobre a ambivalência foi possível observar a relação desse fenômeno com diversos desfechos em psicoterapia. Apesar disso, apresentam-se em número insuficientes os instrumentos para a mensuração desse constructo. Todos os instrumentos encontrados para mensuração da ambivalência são compostos por sistemas de codificação, que se mostraram eficazes em relação à pesquisa. Entretanto, por necessitar de um processo de codificação, a utilização desse tipo de instrumento se torna inviável na prática clínica.

Portanto, faz-se necessário que pesquisas futuras apliquem esforços na construção de melhores definições para esse constructo, aprofundamento em suas bases teóricas, e principalmente na construção e avaliação de formas de mensuração da ambivalência no contexto da psicoterapia.

## 2.5 Referências

Alves, D., Navarro, P. F., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E. & Gonçalves, M.M. (2014). Ambivalence and Innovative Moments in Grief Psychotherapy: The Cases of Emily and Rose. *Psychotherapy*. 51 (2), 308–321.

Alves, D., Navarro, P. F., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Sousa, I. & Gonçalves, M.M (2016) Ambivalence in grief therapy: The interplay between change and self-stability. *Death Studies*, 40:2, 129-138.

Button, M. L., Westra, H. A., Hara K. M. & Aviram, A. (2015) Disentangling the Impact of Resistance and Ambivalence on Therapy Outcomes in Cognitive Behavioural Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 44 (1), 44-53.

Dimaggio, G. (2006). Disorganized Narratives in Clinical Practice. *Journal of Constructivist Psychology*. 19 (2), 103-108.

Engle, D. & Arkowitz, H. (2007). Viewing Resistance as Ambivalence: Integrative Strategies for Working With Resistance Ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*.48(3), 389-412.

Gantiva, C. & Alarcón, L. F. (2014). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. *Psychologia: avances de la disciplina*. 9(1), 83-91.

Gonçalves, M. M.; Loura, J., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Santos, A. & Matos, M.(2012) Interação terapêutica em momentos de ambivalência: Um estudo exploratório de um caso de insucesso. *Análise Psicológica*. 4 (XXX), 467-490.

Gonçalves, M. M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative Therapy and the Nature of “Innovate Moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*. 22 (1), 1-23.

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P, Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Navarro, P. F. & Oliveira, J. T. (2016). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*. 49 (9), 1-13.

Hunter, J. A., Button, M. L. & Westra, H. A. (2014). Ambivalence and Alliance Ruptures in Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*. 43(3), 201-208.

Karzenowski, A. & Puskar, K. (2011). Motivational Interviewing: A Valuable Tool for the Psychiatric Advanced Practice Nurse. *Issue in Mental Health Nursing*. 32, 436 – 440.

Laakso, J. L. (2012). Motivational Interviewing: Addressing Ambivalence to Improve Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*. 33, 8–14.

Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*. 19 (1), 68-80.

Miller, W. R. & Rose, G. S. (2013). Motivational Interviewing and Decisional Balance: Contrasting Responses to Client Ambivalence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1-13.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward a interrogative model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 51 (3), 390-5

Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, O. A., & Sousa, I. (2014) 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.

Rice, S. L., Hagler, K. J., Papponi, B. L. M., Connors, G. J. & Delaney, H. D. (2017). Ambivalence about behavior change: utilizing motivational interviewing network of trainers' perspectives to operationalize the construct. *Addiction Research & Theory*. 25(2), 154-162.

Salvo, M. C. & Breland, M. L. C. (2015). Motivational Interviewing for Medication Adherence. *J. Am. Pharm. Assoc.* 55 (4), 354 – 363.

Westra, H. A. (2011). Comparing the Predictive Capacity of Observed In-Session Resistance to Self-Reported Motivation in Cognitive Behavioral Therapy. *Behav Res Ther*.49(2), 106 – 113.

Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 23,1106 - 1117.

Westra, H. A. & Norouzian, N. (2017). Using Motivational Interviewing to Manage Process Markers of Ambivalence and Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. *Cogn TherRes*. 42 (2), 193–203.

### **3. TEXTO 2: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE AMBIVALÊNCIA EM PSICOTERAPIA – QAP**

#### **3.1 Introdução**

Tendo em vista que todo processo terapêutico implica em mudanças, independente da abordagem, é necessário avaliar qual o grau de motivação para a mudança do paciente para que a terapia seja efetiva e eficaz. De acordo com o modelo transteórico de mudança de comportamento (MTT) de Prochaska e DiClemente (1983), a motivação para a mudança é um processo dinâmico e não linear, composto por seis estágios. Os estágios não são fixos e podem se alterar no indivíduo ao longo do tempo, sendo eles: Pré-contemplação, no qual o indivíduo não se encontra pronto ou não considera a mudança necessária; Contemplação, onde o sujeito está aberto a informações, mas ainda não tem certeza sobre a importância da mudança; Determinação, que ocorre quando o sujeito planeja estratégias para a mudança; Ação na qual o indivíduo já possui o plano para a mudança e se prepara para executá-lo; Manutenção que ocorre após a mudança e é caracterizada pelo esforço do sujeito em mantê-la; e a Recaída que consiste em um conjunto de sintomas que se manifesta pelo retorno do consumo de drogas na mesma proporção que a precedente ao período de abstinência. É um estágio normal e esperado no processo de mudança. Cabe destacar que, apesar de se manifestar em qualquer uma das fases, é na contemplação que o fenômeno denominado de ambivalência se torna mais evidente.

Atualmente diversos pesquisadores têm voltado sua atenção para o estudo dos fatores que impedem a mudança comportamental, uma vez que a sua compreensão fornece indicadores importantes para o aumento da eficácia da psicoterapia (Engle & Arkowitz, 2007). Vários estudos têm demonstrado que níveis elevados de

resistência/reatância estão associados a piores resultados terapêuticos e a abandono precoce da terapia (Beutler, Harwood, Michelson, Song, & Holman, 2011; Engle & Arkowitz, 2007; Hunter, Button & Westra, 2014; Jin, Sklar, Min Sen Oh, & Chuen Li, 2008).

Quando comparado com conceitos como a resistência, a ambivalência é um constructo mais neutro e menos derivado teoricamente (Engle & Arkowitz, 2007). Esta inclui não apenas a resistência do cliente à nova forma de pensar e agir (de Liver, van der Pligt, & Wigboldus, 2007), mas também a vontade do paciente para mudar (McEvoy & Nathan, 2007).

Segundo Westra e Aviram (2013), existem dois tipos de resistência: a intrapsíquica, caracterizada pela ambivalência do paciente em relação à motivação à mudança e a resistência interpessoal, que se refere à resistência do paciente ao terapeuta e/ou tratamento que muitas vezes ocorre devido a má administração do terapeuta em relação à ambivalência do paciente. Assim sendo, a resistência pode ser entendida como um produto da ambivalência do paciente e de como o terapeuta reage à mesma (Westra, 2011; Westra & Norouzian, 2017).

Rice et.al. (2017) apontam que a ambivalência é vivenciada de formas diferentes pelos pacientes, e conseqüentemente expressada de maneiras distintas pelos mesmos. Isso torna mais difícil a identificação desse fenômeno por parte dos terapeutas, o que pode resultar em uma intervenção inadequada, podendo ter como conseqüência o insucesso terapêutico. Westra e Norouzian (2017) citam quatro formas de expressão da ambivalência através da resistência e as relacionam com o insucesso terapêutico, a saber: o descumprimento de deveres por parte do paciente, debates e desentendimentos; altos níveis de emoção expressa em relação ao terapeuta; paciente ignorando o terapeuta e

desviando de seus apontamentos; retirada ou uso frequente de "Eu não sei" por parte do paciente, entre outras. Os autores também associam a ambivalência expressada através da resistência com as divergências de eficácia encontrada entre pesquisas e na prática clínica.

Segundo Oliveira, Gonçalves, Braga e Ribeiro (2016), a ambivalência é definida como posições diferentes/opostas diante de mudanças, ou seja, se refere a uma oscilação por parte do paciente entre uma atitude a favor e uma contra a mudança e pode ser acompanhada de emoções intensas. De acordo com Velicer, DiClemente, Prochaska, e Brandenburg (1985), a ambivalência é um processo natural e até essencial em todos os processos de mudança, visto que, para mudar, os indivíduos precisam se mover de uma posição na qual vêem majoritariamente vantagens no comportamento problemático, para uma posição onde percebem as suas vantagens e desvantagens. Por outro lado, quando o sujeito não é capaz de ultrapassar a ambivalência, os problemas persistem e intensificam-se (Miller & Rollnick, 2002), resultando em insucesso e/ou abandono terapêutico.

Segundo Westra e Norouzian (2017), na relação entre ambivalência, resistência e insucesso terapêutico, o paciente expressa sua ambivalência sobre a mudança e o terapeuta, na intenção de ser facilitar o processo, a confronta, o que pode se apresentar como uma tentativa de convencimento e/ou persuasão. Dessa forma o terapeuta, ao contrário do que pretende, perpetua e sustenta a dinâmica da resistência, já que ao ouvir do terapeuta os pontos positivos em relação à mudança, o cliente assume o ponto oposto da sua ambivalência e articula repetidamente suas objeções sobre a mudança, instaurando um processo de resistência na psicoterapia que pode influenciar a aliança de trabalho entre eles e resultar no insucesso e até mesmo abandono.

Dessa forma, entende-se que a ambivalência em si, independente de se tornar ou não resistência, não é um problema ao desenvolvimento psicoterapêutico, mas sim a má

gestão dela por parte do terapeuta. Em um estudo realizado com consumidores excessivos de álcool, Gantiva e Alarcón (2014) encontraram que intervenções como enfatizar o controle e a escolha pessoal do paciente, reformulação da fala do paciente, apontamento da discrepância do paciente e escuta reflexiva estão associadas à resolução da ambivalência, enquanto resumir a fala do paciente está associado a resultados negativos. Engle e Arkowitz (2007) apontam que as intervenções mais eficazes para o manejo da ambivalência consistem na aceitação e empatia por parte do terapeuta, que não assuma o papel de defensor da mudança e ouça todas as vozes do paciente, com o objetivo de levá-las a consciência e ajudar o cliente a integrá-las.

Por outro lado, alguns autores associam o insucesso terapêutico com a ambivalência persistente nos pacientes mantidas por duas partes opostas do eu: o surgimento dos momentos de inovação e a auto narrativa problemática. A auto narrativa problemática é entendida como formas disfuncionais e usuais de compreensão do mundo e os momentos de inovação como formas de pensar diferentes, nas quais o cliente desafia as auto narrativas problemáticas. Nessa perspectiva, em consequência a um momento de inovação, o paciente pode continuar dando passos em direção a mudança, mas também pode ser o momento em que a ambivalência surja, restabelecendo a auto narrativa problemática e neutralizando a mudança (Ribeiro, Gonçalves, Silva & Brás, 2016).

Nesse sentido, quando um processo de mudança de comportamentos complexos está ocorrendo, há uma ameaça a auto estabilidade do paciente, e esses podem tender a manter o status quo (resistência) ou tentar alterá-lo. A ambivalência, então, pode surgir com o objetivo de que um equilíbrio entre a estabilidade (auto narrativa problemática) e a mudança (momentos de inovação) seja alcançado. Essa tentativa de manutenção da estabilidade pode acarretar um fechamento defensivo e monológico do eu, o que pode atrapalhar e/ou impedir o desenvolvimento/transformação da auto narrativa (Alves et. al.,

2014). Por isso, é comum que ao longo do processo terapêutico o paciente oscile entre os momentos de inovação e o retorno a auto narrativa problemática, expressando assim a ambivalência (Ribeiro, Gonçalves, Silva & Brás, 2016).

Portanto, torna-se importante o desenvolvimento de instrumentos que auxiliem os terapeutas a identificarem o nível de ambivalência de seus pacientes, para que a mesma seja manejada corretamente, objetivando o sucesso terapêutico. Apesar da importância deste fenômeno, poucas investigações têm sido desenvolvidas pelos pesquisadores acerca dessa temática (Engle & Arkowitz, 2007; Rice et.al. 2017), o que pode ser observado tanto na escassez da literatura acerca desse tema, quanto na falta de instrumentos que possam avaliar a ambivalência em relação à mudança no contexto terapêutico no Brasil e em outros países. Rice et.al. (2017) justificam a ausência de instrumentos acerca desse tema pela necessidade de uma definição mais detalhada da ambivalência, para que haja um melhor entendimento desse constructo nas situações concretas e reais.

O Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP), é um instrumento de auto relato, constituído por duas partes. A primeira é composta por um único item que tem por objetivo posicionar o paciente em relação à mudança, em uma escala Likert de 11 pontos que varia de “Sinto que nada mudou ainda” a “Sinto que tudo já mudou”. A segunda possui nove itens respondidos em uma escala Liket de cinco pontos que varia de “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

Esse questionário tem como objetivo avaliar os níveis de ambivalência dos clientes em atendimento psicoterápico. Foi desenvolvido em 2004 na Unidade de Psicoterapia e Psicopatologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho em Portugal. Sua fundamentação teórica tem como base a linha de investigação sobre os supracitados Momentos de Inovação e mudança em psicoterapia. Tem como público alvo

pacientes maiores de 18 anos, em psicoterapia, em qualquer abordagem, em qualquer momento do tratamento e independente da demanda apresentada (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017).

A escolha pela adaptação de um questionário já existente em detrimento da construção de um novo se deu, pois dessa forma é possível realizar a comparação de dados obtidos em diferentes estudos, com amostras e contextos diferentes. Ou seja, a adaptação de um instrumento já existente permite uma maior capacidade de generalização (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012). As propriedades psicométricas do QAP foram analisadas no estudo português supracitado. Além disso, há foi realizada uma pesquisa de validação do questionário na Espanha (Perez, 2018) e o presente estudo no Brasil.

## **3.2 Método**

### **3.2.1 Participantes**

A amostra do presente estudo foi composta por 181 pessoas, maiores de dezoito anos, em processo psicoterapêutico, independente da abordagem e do estágio da terapia. Os participantes foram recrutados em consultórios particulares e clínicas-escolas das cidades de Juiz de Fora – MG, Viçosa – MG e Petrópolis – RJ.

### **3.2.2 Instrumentos**

#### ***3.2.2.1 Questionário de dados sociodemográficos***

Esse questionário contém questões acerca da idade, sexo, escolaridade, religião, nível socioeconômico, estado civil, abordagem terapêutica, local onde terapia ocorreu e tempo de terapia dos participantes.

#### ***3.2.2.2 Versão Brasileira do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP)***

Instrumento desenvolvido em Portugal por Oliveira, Ribeiro e Gonçalves, (2017). A primeira parte do questionário é constituída por um único item, respondido em uma escala do tipo Likert de 11 pontos na qual o cliente deve se posicionar em relação à mudança entre: “Sinto que nada mudou ainda” e “Sinto que tudo já mudou”. A segunda parte contém nove questões distribuídas em duas áreas: Desmoralização e Alternância, respondidas a partir de uma escala do tipo Likert com cinco pontos entre “Discordo totalmente” e “Concordo Totalmente”. Os escores podem variar de nove a 45 pontos, e escores mais altos indicam maiores níveis de ambivalência.

### ***3.2.2.3 Versão Brasileira do University of Rhode Island Change Assessment (URICA)***

Escala de auto relato composta por 24 itens (versão reduzida) desenvolvidos para medir o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra, dividida em quatro sub escalas baseadas no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento: pré-contemplação (seis itens), contemplação (seis itens), ação (seis itens) e manutenção (seis itens), respondidos com uma escala do tipo Likert com cinco pontos entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”. O nível de prontidão para mudança é obtido pela da soma dos escores da contemplação, ação e manutenção, subtraindo-se a pré-contemplação. A escala foi validada para o Brasil para uma amostra de usuários de drogas apresentando boas propriedades psicométricas (Szupszynski & Oliveira, 2008).

### ***3.2.2.4 Outcome Questionnaire – OQ-45***

É um instrumento de auto relato, composto por 45 itens, desenvolvido com a finalidade de mensurar o progresso e os ganhos do cliente em psicoterapia. O progresso do paciente é monitorado a partir de três dimensões primárias: desconforto subjetivo (25 itens); relacionamentos interpessoais (11 itens); e, desempenho do papel social (nove itens), respondidos em uma escala Likert de cinco pontos que varia entre “Nunca” e

“Sempre”. Os escores possíveis variam entre zero e 180 pontos, nos quais os escores mais altos refletem sofrimento mais severo (Carvalho & Rocha, 2009; de Jong et al., 2007; Lambert et al., 1996).

### **3.2.3 Procedimentos**

A adaptação transcultural do QAP do português de Portugal para o brasileiro foi realizada por pesquisadores especialistas em psicologia clínica (os responsáveis pelo estudo). Segundo as recomendações de Beaton et al. (2000), a primeira etapa consistiu na adaptação cultural do questionário para o português do Brasil, que foi realizada por dois pesquisadores de maneira independente. A utilização de dois especialistas na adaptação é indicada para evitar os vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compreensão teórica e prática (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012).

Na segunda etapa, esses pesquisadores sintetizaram o resultado das duas adaptações, produzindo uma versão comum. Essa versão foi adaptada de volta ao português de Portugal por outros dois pesquisadores na terceira etapa. A retrotradução realizada nessa etapa não tem como objetivo uma equivalência literal entre o instrumento original e a versão traduzida, mas busca inconsistências ou erros conceituais na versão final da adaptação. Já na quarta etapa, todos os pesquisadores que participaram dos processos anteriores revisaram a adaptação e construíram uma versão final, considerando a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o adaptado.

Na etapa cinco, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (CAAE 75524417.3.0000.5147) um estudo piloto foi realizado, no qual essa versão foi aplicada em cinco participantes com o objetivo de verificar a compreensão e a necessidade de ajustes na versão brasileira do questionário. Os participantes do piloto não

tiverem nenhuma dificuldade para compreender e responder aos questionários e, por isso, a versão final não foi alterada e esses participantes foram incluídos na amostra do presente estudo.

Com a finalidade de contatar os participantes do estudo, foi realizado o contato com a coordenação das clínicas-escolas dos cursos de psicologia e psicólogos clínicos em exercício em consultórios particulares de Juiz de Fora e região. Após a autorização desses, os clientes foram convidados a responder aos questionários, o que poderia ser realizado após a sessão ou quando fosse conveniente ao participante.

Por se tratarem de questionários de auto relato, os próprios clientes os preencheram, mas havia sempre presente um psicólogo e/ou estudantes de psicologia devidamente treinados para sanar quaisquer dúvidas. A aplicação dos questionários ocorreu em local isolado, estando presentes somente o entrevistador e o entrevistado. Após serem informados sobre os objetivos do estudo e assegurados da confidencialidade dos dados, todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Inicialmente, foi aplicado um questionário padronizado para coleta dos dados sociodemográficos, seguido pela aplicação do QAP, da versão brasileira do URICA e o OQ-45. Em parte da amostra a ordem dos questionários foi alternada visando evitar possível viés de cansaço e influência nas respostas posteriores.

### **3.3. Análises estatísticas**

Os dados coletados foram organizados e analisados pelo *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Foram realizadas análises descritivas da população com o objetivo de caracterizar a amostra.

Para avaliar a estrutura interna do QAP foi realizada uma análise fatorial exploratória, com extração dos fatores através do método de componentes principais,

rotação ortogonal de tipo varimax com normalização de keiser e considerando um eigenvalue (valor próprio) superior a um. Além disso, também foram realizadas análises de consistência interna.

Com o objetivo de avaliar as evidências de validade externa, foram realizadas análises de correlação de Person entre o QAP e o escore geral do URICA e com suas subescalas. Os escores do QAP e do OQ-45 foram correlacionados para averiguar a relação entre a ambivalência dos participantes em relação à mudança e o desconforto psicológico sofrido pelos mesmos.

Para analisar se a ordem de aplicação dos questionários influenciou na resposta dos participantes, foi realizado um teste t independente, considerando os escores totais de cada um dos instrumentos

### **3.4 Resultados**

#### **3.4.1 Caracterização da amostra**

Participaram do presente estudo 181 pessoas. Oito questionários foram excluídos porque os participantes se sentiram desconfortáveis em responder a pesquisa e não completaram o preenchimento ou não responderam a maior parte das perguntas do QAP. Portanto, as análises dos dados foram realizadas com os 173 questionários válidos.

Desses participantes, 7,4% eram do gênero feminino, com idades compreendidas entre 18 e 75 anos ( $M = 36,7$ ;  $DP = 14,42$ ). O tempo de terapia variou de *um mês* à 30 anos ( $M = 16,08$ ;  $DP = 34,57$ , em meses). As abordagens terapêuticas mais relatadas incluíram: Terapia Cognitivo Comportamental (43,2%), Psicanálise (31,1%), Gestalt (12,9%) e Terapia Comportamental (3%). A Terapia Cognitiva, Terapia de Grupo e Psicoterapia de apoio foram verificadas em 2,3% dos casos cada uma. A Psicoterapia Breve, Junguiana, Reichana e Humanista foram verificadas em menos de 1% cada uma.

### 3.4.2 Evidências de validade baseadas na estrutura interna

#### 3.4.2.1 Análise Fatorial Exploratória

A estrutura dos itens do QAP foi composta por dois fatores que explicam 61,19% do total da variância. O fator 1, denominado pelos autores do questionário original como “Desmoralização”, agrupou os itens 1, 5, 6, 8 e 9, com valores de saturação que variaram de 0,594 a 0,876. Esse fator explica 48,07% da variância. Já o fator 2, denominado de “Alternância”, explica 13,15% da variância e agrupou os itens 2, 3, 4 e 7, que apresentaram valores de saturação entre 0,593 e 0,810, como pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 2 - Análise fatorial exploratória com os itens do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia**

Item	Fator 1 (Desmoralização)	Fator 2 (Alternância)
9 – Tudo permanece igual apesar dos meus esforços	<b>0,876</b>	0,108
1 – Não tenho conseguido mudar	<b>0,836</b>	0,199
8 – Tenho a certeza de que quero mudar e, logo em seguida, não tenho mais	<b>0,746</b>	0,213
6 – Volto sempre a mesma questão	<b>0,631</b>	0,400
5 – Algumas vezes sinto que tenho mudado e outras sinto que estou na mesma	<b>0,594</b>	0,549
7 – Há sempre algo que me puxa para trás	0,385	<b>0,593</b>
2 – As vezes questiono tudo que envolve a mudança	0,179	<b>0,563</b>
4 – Tudo pode piorar de um momento para o outro	0,145	<b>0,791</b>
3 – Algumas vezes penso que tudo vai correr bem, outras que tudo vai ficar na mesma ou piorar	0,137	<b>0,810</b>

Na tabela 2 estão apresentados os valores mínimos e máximos, a mediana, o desvio padrão, a assimetria e a curtose de cada um dos itens do questionário. Os itens que

apresentaram maiores medianas foram 3, 4 e 5 que são compostos por afirmações como:

“Algumas vezes sinto que tenho mudado e outras sinto que estou na mesma”.

**Tabela 3– Sensibilidade dos itens do QAP**

Itens	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
Item 1	1	5	2	1,08	0,86	0,17
Item 2	1	5	3	1,17	- 0,27	- 1,01
Item 3	1	5	<b>4</b>	1,19	- 0,39	- 0,93
Item 4	1	5	<b>4</b>	1,21	- 0,34	- 0,87
Item 5	1	5	<b>4</b>	1,26	- 0,29	- 1,12
Item 6	1	5	3	1,22	- 0,20	- 1,01
Item 7	1	5	3	1,22	- 0,15	- 1,17
Item 8	1	5	2	1,23	0,71	- 0,57
Item 9	1	5	2	1,19	0,75	- 3,43

### 3.4.2.2 Análise Fatorial Confirmatória

O primeiro modelo calculado (Figura 1) apresenta uma série de índices de ajuste:  $\chi^2 (26) = 66,963$  ( $p < 0,001$ ).  $CFI = 0,922$ ;  $TLI = 0,892$ ;  $RMSEA = 0,095$ ,  $90\% CI [0,068, 0,124]$ ;  $AIC = 4532,882$ ;  $BIC = 4621.174$ .

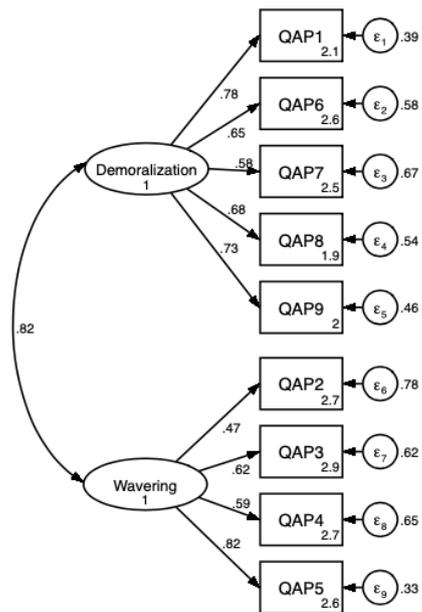


Figura 2 - Modelo Fatorial do QAP de duas dimensões

Com a finalidade de melhorar os índices de ajuste do modelo, foram realizadas modificações na relação entre os erros, que gerou uma nova análise do modelo. O novo modelo bi dimensional (Figura 2) apresenta um melhor ajuste dos dados.  $\chi^2 (25) = 56,451$  ( $p < 0,001$ ).  $CFI = 0,940$ ;  $TLI = 0,914$ ;  $RMSEA = 0,085$ , 90%  $CI [0,056, 0,115]$ ;  $AIC4524,369$ ;  $BIC = 4615,815$ .

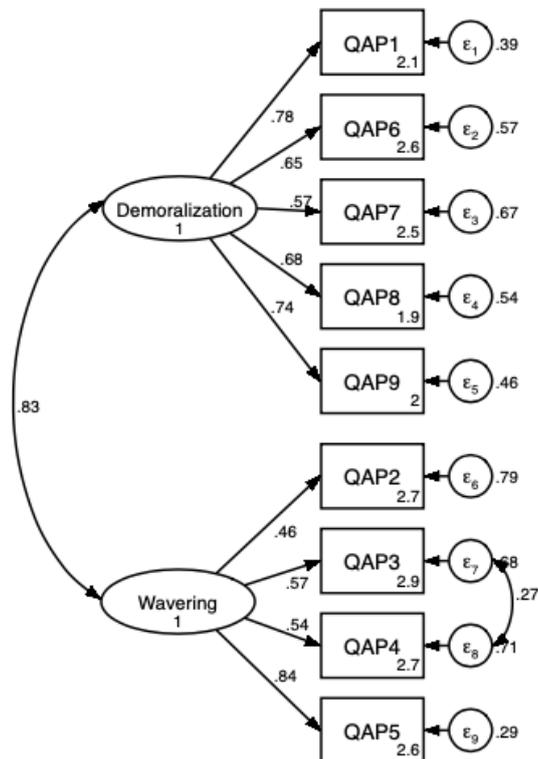


Figura 3 - Modelo Fatorial do QAP de duas dimensões com modificações

O modelo de três dimensões, duas de primeira ordem e uma de segunda ordem (Figura 3) apresenta dados adequados de valores de ajuste  $\chi^2(24) = 56,451$  ( $p < 0,001$ ),  $CFI = 0,938$ ;  $TLI = 0,908$ ;  $RMSEA = 0,088$ ,  $90\% CI [0,059, 0,119]$ ;  $AIC = 4526,369$ ;  $BIC = 4620,968$ .

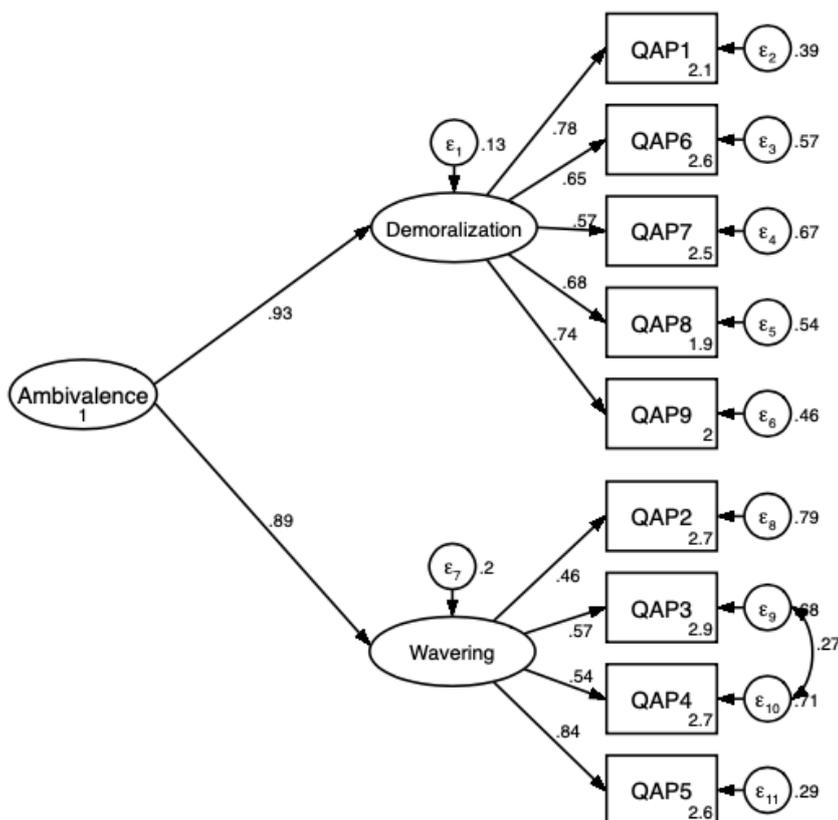


Figura 4 - Análise Fatorial Confirmatória do QAP, Modelo de três dimensões

### 3.4.3 Consistência Interna

Uma análise de consistência interna foi realizada para o QAP e para cada um de seus fatores. O valor do alfa de Cronbach do QAP foi de 0,86, enquanto do fator “Desmoralização” foi de 0,85 e do fator “Alternância” foi de 0,72. De acordo o Conselho Federal de Psicologia (2003), valores acima de 0,6 podem ser considerados como indicativo de fidedignidade. Portanto, tanto os valores das sub escalas quanto da escala apresentam boas estimativas de fidedignidade.

### 3.4.4 Evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas

A correlação entre os escores totais dos QAP e do URICA foi fraca ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,001$ ). Na avaliação do QAP com as sub escalas do URICA, encontrou-se correlações

moderadas e significativas entre o escore do QAP e a sub escala de contemplação ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,001$ ) e manutenção ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ), e correlações fracas com as sub escalas de pré contemplação ( $r = 0,03$ ;  $p = 0,687$ ) e ação, que apresentou ainda correlação negativa ( $r = -0,13$ ;  $p = 0,095$ ).

### 3.4.5 Ambivalência e desconforto psicológico

No intuito de avaliar a relação entre a ambivalência e a intensidade do desconforto psicológico, foram comparados os escores totais do QAP com os escores totais do OQ-45. A análise apontou uma correlação positiva moderada e significativa entre os escores ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,001$ ).

### 3.4.6 Ordem de aplicação

No QAP, a média dos participantes que responderam na ordem normal [ $t(136) = 25,52$ ;  $DP = 7,36$ ] foi próxima dos que responderam na ordem invertida [ $t(136) = 27,73$ ;  $DP = 7,73$ ]. A diferença das médias entre as duas condições foi de 2,21, que é um efeito pequeno ( $d = 0,29$ ). O intervalo de confiança dessa diferença é de 0,33 à 4,75.

Da mesma forma, para o URICA, a média dos participantes que responderam na ordem normal [ $t(136) = 68,29$ ;  $DP = 8,83$ ] foi próxima dos que responderam na ordem invertida [ $t(136) = 68,13$ ;  $DP = 6,81$ ]. A diferença das médias entre as duas condições foi de 0,17, que é um efeito pequeno ( $d = 0,02$ ). O intervalo de confiança dessa diferença é de 2,53 à 2,86.

As médias dos escores do OQ-45, assim como dos instrumentos supracitados, também não apresentaram grandes diferenças entre os participantes que responderam na ordem normal [ $t(136) = 95,92$ ;  $DP = 23,95$ ] e os que responderam na ordem invertida [ $t(136) = 100,06$ ;  $DP = 24,13$ ]. A diferença das médias entre as duas condições foi de 4,14, que é um efeito pequeno ( $d = 0,17$ ). O intervalo de confiança dessa diferença é de

3,98 à 12,26. Portanto, pode-se concluir que não houve influencia significativa do viés de cansaço nas respostas dos participantes.

### 3.5 Discussão

A realização da adaptação transcultural foi desenvolvida com rigor metodológico, fundamentada nas orientações propostas por Beaton et.al. (2000), que contém as fases de tradução, retrotradução, comparação com o instrumento original e comitê de juízes, com a finalidade de preservar a validade de conteúdo considerando as diferenças culturais. Além disso, houve um cuidado ao desenvolver um estudo piloto com o objetivo de verificar a adequabilidade do instrumento adaptado quanto aos significados e compreensão dos itens e posterior realização dos ajustes necessários.

Segundo Borsa, Damásio e Bandeira (2012), no processo de adaptação transcultural de um questionário, é necessário que se comprove as evidências de validade tanto da equivalência semântica, que no presente estudo pôde ser observada durante a realização do estudo piloto, quanto das propriedades psicométricas do novo instrumento, além da comparação dos resultados com estudos realizados em outros contextos e populações.

As amostras da presente pesquisa, do estudo de validação do QAP realizado em Portugal (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017) e na Espanha (Perez, 2018) apresentaram características bastante semelhantes. Nos três estudos a amostra foi composta majoritariamente por pessoas do gênero feminino, com idade variando entre *18 e 60 anos* e idade média de aproximadamente *30 anos* na pesquisa portuguesa, enquanto no estudo brasileiro a idade média foi de aproximadamente *36 anos*, sendo a idade mínima *18 e a máxima 75*.

Apesar de algumas diferenças, as estruturas internas da versão brasileira do QAP e do questionário original se mostraram bastante semelhantes. Ambas são constituídas de dois fatores que juntos explicaram uma porcentagem semelhante do total da variância na Análise Fatorial Exploratória. A maioria dos itens também se distribuiu da mesma maneira entre os fatores. Em relação às análises de estrutura interna, de acordo com a análise fatorial exploratória, ambos os questionários apresentam dois fatores. No questionário português o primeiro fator explica 34,49% do total da variância e o segundo 29,69%, explicando juntos 64,18% do total da variância. Já no instrumento brasileiro a explicação do primeiro fator é de 48,07% e do segundo fator de 13,15%, explicando juntos 61,19% do total da variância.

Em ambos os estudos, os itens 1, 6, 8 e 9 são componentes do fator 1 e os itens 2, 3, 4 e 7 constituem o fator 2. Já os itens 5 e 7 se localizaram nesse estudo no fator contrário à versão original (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017). Uma explicação possível para esse achado consiste no fato de que esses dois itens sejam mais subjetivos e possam ter sido interpretados de maneiras diferentes pelos participantes. O item sete consiste em: “Há sempre algo que me puxa para trás”. Na realidade brasileira, é possível que essa afirmação possa ter sido interpretada por alguns participantes como uma questão religiosa e/ou espiritual, por exemplo.

Na Análise Fatorial Confirmatória, tanto o modelo de dois fatores quanto o modelo de três fatores apresentaram bons índices de ajustamento dos dados, assim como ocorreu no estudo original (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017) e no estudo espanhol (Perez, 2018). Dessa forma, propõe-se a utilização do modelo composto por três fatores, visto que ele apresenta os dois fatores de primeira ordem (Desmoralização e Alternância), que juntos compõe o conceito ambivalência (fator de segunda ordem).

As análises de consistência interna das três versões do questionário foram bastante similares. O QAP original apresentou uma consistência interna de 0,87, enquanto a da presente adaptação foi de 0,86 . No primeiro, o alfa de Cronbach da sub escala Desmoralização foi igual a 0,85, assim como no presente estudo, e na versão espanhola foi de 0,82. Já o alfa da sub escala Alternância da versão portuguesa foi de 0,82, na versão brasileira de 0,71 e na versão espanhola de 0,69.

Em relação às evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas, os achados indicaram uma correlação fraca entre os escores gerais do QAP e do URICA e com as sub escalas de ação e pré-contemplação. As correlações um pouco melhores, moderadas com as sub escalas de manutenção e, especialmente, de contemplação eram esperadas, uma vez que é o estágio mais caracterizado pela ambivalência na mudança de comportamento. Cabe ressaltar, no entanto, que esse resultado possa ter ocorrido devido ao fato de que o URICA não tenha pesquisas de validação para a população clínica geral no Brasil. Este questionário foi elaborado a partir do MTT, e mesmo que atualmente o modelo seja aplicado a diversos comportamentos, sua elaboração foi desenvolvida a partir de uma amostra de tabagistas, seguida de outras populações com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983).

Dessa forma, no Brasil, existem estudos das propriedades psicométricas do URICA para populações adictas de substâncias ilícitas (Szupczynski & Oliveira, 2008), de tabaco (Oliveira et. al., 2014), para o jogar patológico (Souza, 2009), para o comer compulsivo (Bittencourt, 2009) e para hábitos alimentares (Bittencourt, Santos & Oliveira, 2012). A escolha por esse questionário se deu devido à escassez de instrumentos que avaliem tanto a motivação para a mudança, quanto à ambivalência. Da mesma forma,

no estudo de validação da versão espanhola do QAP, também foram encontradas correlações baixas com as sub escalas do URICA (Perez, 2018).

Embora não tenha sido o objetivo primário desse estudo, vale ressaltar a relação evidenciada entre a ambivalência em psicoterapia e o desconforto psicológico sofrido por esses pacientes. No estudo sobre a versão espanhola do QAP também foi encontrada essa correlação ( $r = 0,71; p < 0,001$ ) (Perez, 2018). Uma explicação possível para a ocorrência dessa relação encontra-se no fato de que, como já dito anteriormente, a mudança pode ser sentida pelo paciente como uma ameaça a estabilidade psíquica e pode ser acompanhada de emoções intensas, o que pode gerar um desconforto e/ou sofrimento nos clientes.

### **3.6 Considerações finais**

Uma das limitações do estudo encontra-se na não validação do URICA para a população pesquisada. Como supracitado, a escolha desse questionário ocorreu por serem extremamente escassos os instrumentos válidos para essa população no contexto brasileiro. Isso reafirma a necessidade da realização de pesquisas que tenham como objetivo o desenvolvimento e/ou adaptação de questionários que avaliem a ambivalência em psicoterapia e/ou os estágios de motivação para a mudança da população clínica geral.

Outra limitação tem relação com o tempo de acompanhamento psicoterápico dos participantes. Apesar de o tempo máximo ser de 30 anos, este se tratava de um outlier. O tempo médio de acompanhamento dos pacientes foi de um ano e quatro meses. Isso ocorreu porque grande parte da amostra recebeu atendimento em clínicas escolas, nas quais os estagiários acompanharam o paciente em um período que variou, na maioria dos casos, entre seis meses e um ano. É possível que pacientes com mais tempo de acompanhamento apresentassem menor sentimento de ambivalência e desconforto psicológico e se localizassem mais próximos dos últimos estágios de motivação para a

mudança. Portanto, evidencia-se a necessidade da realização da replicação do estudo em outras populações clínicas.

Apesar das limitações, o Questionário de Ambivalência em Psicoterapia demonstrou na adaptação brasileira para população clínica geral, após o processo de validação semântica, ser um instrumento adequado, de aplicação rápida e fácil, com um nível de confiabilidade satisfatório, assim como sua estrutura e consistência interna. Este achado possibilita sua utilização na prática da psicologia clínica e nas pesquisas dessa área na realidade brasileira. Entretanto, segundo Borsa, Damásio e Bandeira, (2012), não há um consenso na literatura de quantas evidências de validade um instrumento deve possuir para ser considerado válido. Por isso, torna-se interessante que a presente pesquisa seja replicada em outras populações e contextos para a comparação com os resultados do presente estudo.

### 3.7 Referências

Alves, D., Navarro, P. F., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E. & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence and Innovative Moments in Grief Psychotherapy: The Cases of Emily and Rose. *Psychotherapy*. 51(2), 308–321.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 25(24).

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X. & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology*. 67(2), 133-142.

Bittencourt, S. A. (2009). Motivação para a Mudança: Adaptação e Validação da Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o Comportamento de Comer Compulsivo. Tese de doutorado, Faculdade de Psicologia PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Bittencourt, S. A., Santos, P. L. & Oliveira, M. S. (2012). Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. *Psico-USF*. 17(3), 497-505.

Borsa, J. C., Damásio, B. F. & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*. 22(53), 423-432.

Carvalho, L. de F. & Rocha, G. M. A. da. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*. 14(3), 309–316.

De Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P. & Heiser, W. J. (2007). The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 14(4), 288–301.

De Liver, Y., van der Pligt, J. & Wigboldus, D. (2007). Positive and negative association underlying ambivalent attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*. 43, 319–326.

Engle, D. & Arkowitz, H. (2007). Viewing Resistance as Ambivalence: Integrative Strategies for Working With Resistance Ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*. 48(3), 389-412.

Gantiva, C. & Alarcón, L. F. (2014). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. *Psychologia: avances de la disciplina*. 9(1), 83-91.

Hunter, J. A., Button, M. L. & Westra, H. A. (2014). Ambivalence and Alliance Ruptures in Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*. 43(3), 201-208.

Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V. & Chuen Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 4(1), 269-28

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 3(4), 249–258.

Connaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 20(3), 368–375.

Conselho Federal de Psicologia (2003). Resolução CFP N° 002/2003 – Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a

Resolução CFP n° 025/2001. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/05/resoluxo022003.pdf>

McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(2), 344-350.

Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2nd ed). New York: Guilford Press.

Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P. & Gonçalves, M. M (2017). Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP) [Ambivalence in Psychotherapy Questionnaire]. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Eds.), *Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação* (pp. 101-113). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. & Ribeiro, A. P. (2016). Cómo Lidiar con la Ambivalencia em Psicoterapia: Um Modelo Conceptual para la Formulación de Caso. *Revista de Psicoterapia*. 27(104), 83-100.

Oliveira, M. S., Ludwig, M. W. B., Moraes, J. F. D., Rodrigues, V. S. & Fernandes, R. S. (2014). Evidências de validade da University of Rhode Island Change Assessment (URICA-24) para dependentes de tabaco. *Rev. Ciênc. Méd.* 23(1), 5-14.

Perez, M. R. (2018). *Adaptación y validación Del Cuestionario de Ambivalencia em Psicoterapia em población clínica española*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanha.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward a interrogative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 51 (3), 390-5.

Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A. & Sousa, I. (2016). Ambivalence in Narrative Therapy: A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases. *Clin. Psychol. Psychother.* 23, 166–175.

Rice, S. L., Hagler, K. J., Papponi, B. L. M., Connors, G. J. & Delaney, H. D. (2017). Ambivalence about behavior change: utilizing motivational interviewing network of trainers' perspectives to operationalize the construct. *Addiction Research & Theory.* 25(2), 154-162.

Souza, C. C. (2009). Motivação para Mudança de Comportamento no Jogo Patológico: Tradução, Adaptação e Validação DA “University Rhode Island Change Assessment (URICA)”. Tese de doutorado, Faculdade de Psicologia PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Szupszynski, K. P. & Oliveira, M. S. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF.* 13(1), 31-39.

Velicer, W. F., DiClemente, C., Prochaska, J. O. & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology.* 48(5), 1279-1289.

Westra, H. A. (2011). Comparing the Predictive Capacity of Observed In-Session Resistance to Self-Reported Motivation in Cognitive Behavioral Therapy. *Behav Res Ther.* 49(2), 106–113.

Westra, H. A. & Aviram, A. (2013). Core Skills in Motivational Interviewing. *Psychotherapy.* 50(3), 273-278.

Westra, H. A. & Norouzian, N. (2017). Using Motivational Interviewing to Manage Process Markers of Ambivalence and Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. *Cogn TherRes.* 42 (2), 193–203.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi demonstrado no presente estudo, torna-se evidente que a ambivalência é um fenômeno natural que compõe o processo de mudança em psicoterapia. Entretanto, se não houver um manejo adequado por parte do terapeuta, pode se tornar um entrave ao processo psicoterápico.

O estudo supracitado realizado por Rice et al. (2017), evidencia um desalinhamento acerca do que é a ambivalência até mesmo por profissionais treinados para sua resolução. Essa imprecisão se apresenta tanto na definição, quanto no entendimento do caráter emocional e/ou cognitivo do fenômeno. Além disso, muitos são os conceitos confundidos com a ambivalência. Dessa forma, se o profissional não tem certeza sobre o que é o fenômeno e como ele ocorre, é possível que não consiga identificá-lo e conseqüentemente auxiliar o paciente na sua resolução.

Nesse contexto, os instrumentos nos quais o constructo seja a ambivalência dos pacientes em psicoterapia tornam-se ferramentas que facilitam a identificação do fenômeno por parte dos terapeutas e conseqüentemente facilitam a adequação do seu manejo. Entretanto, na revisão de literatura realizada nesse estudo foram encontrados apenas três instrumentos que tem como objetivo a identificação do mesmo.

Tanto o IMCS, quanto o ACS, e o ARCS são sistemas de codificação. A utilização desses instrumentos se mostrou eficaz na realização de pesquisas, todavia, sua aplicação é inviável no contexto psicoterapêutico. Assim sendo, evidenciou-se a necessidade de um instrumento que facilitasse a identificação da ambivalência dos pacientes no contexto da prática clínica.

Dessa forma, após as análises das propriedades psicométricas do QAP, pôde-se observar que ele apresentou um nível de confiabilidade satisfatório, com boa estrutura e

consistência interna, similares aos achados dos outros dois estudos sobre o questionário, realizados em Portugal e na Espanha. Além disso, demonstrou ser um instrumento de aplicação rápida e fácil, adequado para o contexto psicoterapêutico.

Sendo assim, esse trabalho contribui na disponibilização de um questionário que possa ser utilizado na prática clínica para identificar e mensurar o nível de ambivalência dos pacientes em psicoterapia. Além disso, destaca a necessidade da realização de pesquisas nessa área que dêem atenção às questões teóricas desse conceito, abordando sua definição, esclarecendo os processos nele envolvidos, com um aprofundamento nas teorias que o embasam, para que seja possível uma melhor compreensão do constructo.

## 5. ANEXOS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia". Nesta pesquisa pretendemos avaliar a ambivalência em relação à mudança entre pessoas que estão fazendo psicoterapia e avaliar o Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP). O motivo que nos leva a estudar esse assunto, é disponibilizar um instrumento de fácil manejo, que seja culturalmente adequado e válido para o Brasil, para avaliação da ambivalência em pessoas que fazem psicoterapia.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Se o(a) Sr. (a) optar por participar deste estudo, será entrevistado por um psicólogo ou um estudante de psicologia que utilizará alguns questionários, a saber, um questionário sociodemográfico; a versão brasileira do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia que avalia a ambivalência; a versão brasileira do University of Rhode Island Change Assessment (URICA) que avalia o grau de motivação para mudança no qual o sujeito se encontra; e a versão brasileira do Outcome Questionnaire – OQ-45, que avalia o desconforto subjetivo, os relacionamentos interpessoais, e o desempenho do papel social. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, etc.. A contribuição da pesquisa consiste em que, caso o instrumento seja validado, o mesmo seja poderá auxiliar na melhoria da resposta dos pacientes à psicoterapia em decorrência de uma intervenção mais eficaz e efetiva dos psicoterapeutas com base no nível de ambivalência dos pacientes.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada com o pesquisador responsável, no Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "Propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Ambivalência em Psicoterapia" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador(es) Responsável(eis): Laisa Marcocela Andreoli Sartes, Camilla Gonçalves Brito Santos.  
Endereço: Departamento de Psicologia - Instituto de Ciências Humanas – Campus Universitário da UFJF  
CEP: 3603-900 / Juiz de Fora – MG  
Fone: (32) 21023117  
E-mail: laisa.sartes@edu.ufjf.br ou millagoncalvesbs@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



## Questionário de Ambivalência em Psicoterapia

João Tiago Oliveira, António P. Ribeiro, Miguel M. Gonçalves (2015)

Centro de Investigação em Psicologia – CIPsi - Escola de Psicologia da Universidade do Minho

Traduzido para o português brasileiro por Camilla Gonçalves B. Santos, Rodrigo C. T. Lopes, Laisa Marcorela A. Sartes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal de Juiz de Fora – Universidade Católica de Petrópolis

Idade: _____	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Escolaridade: _____
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União Estável		

**Instruções:** As mudanças nas nossas vidas, mesmo quando sabemos que são para melhor, nunca acontecem de forma simples. Apesar de sabermos para onde queremos ir, muitas vezes colocamos em questão esse destino porque nos parece difícil chegar até lá ou porque, em algum momento, sentimos dúvidas se será realmente melhor para nós. Em terapia este é um fenômeno normal e recorrente. O objetivo deste questionário é ajudar a perceber esses momentos e compreender esse impasse.

**LEMBRE-SE** de que não há respostas certas ou erradas – Queremos apenas perceber o que sente e por isso a sua sinceridade é o mais importante.

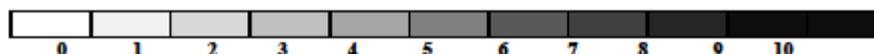
### Respostas

Por favor, pense no problema que o (a) fez procurar este acompanhamento psicológico. Se for mais do que um problema, pense neles como um todo.

1. Utilizando uma escala de 0 a 10, como avalia o seu grau de mudança desde que iniciou a terapia?

Sinto que **NADA** mudou ainda

Sinto que **TUDO** já mudou



2. Agora, gostaríamos de saber se às vezes você sente dúvidas em relação ao que quer mudar, e de que forma as sente. Esta segunda parte é composta por nove afirmações para as quais você deverá indicar em que medida concorda ou discorda com cada uma delas. Para responder a cada uma das afirmações você utilizará uma escala que se situa entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Não tenho conseguido mudar.	1	2	3	4	5
2. Às vezes questiono tudo que envolve a mudança.	1	2	3	4	5
3. Algumas vezes penso que tudo vai correr bem, outras que tudo vai ficar na mesma ou piorar.	1	2	3	4	5
4. Tudo pode piorar de um momento para o outro.	1	2	3	4	5
5. Algumas vezes sinto que tenho mudado e outras sinto que estou na mesma.	1	2	3	4	5
6. Volto sempre a mesma questão.	1	2	3	4	5
7. Há sempre algo que me puxa para trás.	1	2	3	4	5
8. Tenho a certeza de que quero mudar e, logo em seguida, não tenho certeza.	1	2	3	4	5
9. Tudo permanece igual apesar dos meus esforços.	1	2	3	4	5

### URICA

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o problema que lhe fez procurar a psicoterapia. Por favor, indique o grau que você concorda ou discorda com cada afirmação. Em cada afirmação, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo Extremamente, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo Extremamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

	Discordo Extremamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não estou com um problema em relação a esse comportamento.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar esse problema.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação a esse problema.	1	2	3	4	5
4. Eu sei que eu preciso trabalhar esse problema.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas também tem esse comportamento, eu não penso que isso seja um problema para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor esse problema.	1	2	3	4	5

7. Eu talvez sofra as consequências desse problema, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar esse problema.	1	2	3	4	5
9. Eu sofro as consequências desse problema e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação a esse problema.	1	2	3	4	5
12. Eu pensei que estava livre desse problema, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar esse problema.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação a esse problema.	1	2	3	4	5
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação a esse problema.	1	2	3	4	5

16. Talvez eu sofra as consequências desse problema, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação a esse problema.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer as consequências desse problema.	1	2	3	4	5
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída em relação a esse problema.	1	2	3	4	5
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido esse problema, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu sofro algumas consequências desse problema, mas por que perder tempo pensando nelas?	1	2	3	4	5
23. Eu estou ativamente trabalhando nesse problema.	1	2	3	4	5
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação a esse problema.	1	2	3	4	5

## OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Instruções:** Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere **a última semana**, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.** Por favor responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	<input type="checkbox"/>				
2. Eu me canso depressa.	<input type="checkbox"/>				
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	<input type="checkbox"/>				
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	<input type="checkbox"/>				
5. Eu me culpo pelas coisas.	<input type="checkbox"/>				
6. Eu me sinto irritado.	<input type="checkbox"/>				
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	<input type="checkbox"/>				
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	<input type="checkbox"/>				
9. Eu me sinto fraco.	<input type="checkbox"/>				
10. Eu me sinto assustado/com medo.	<input type="checkbox"/>				
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. <i>(se não bebe marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>				
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	<input type="checkbox"/>				
13. Eu sou uma pessoa feliz.	<input type="checkbox"/>				
14. Eu trabalho muito.	<input type="checkbox"/>				
15. Eu me sinto sem valor.	<input type="checkbox"/>				
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	<input type="checkbox"/>				
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	<input type="checkbox"/>				
18. Eu me sinto sozinho.	<input type="checkbox"/>				
19. Eu discuto com frequência.	<input type="checkbox"/>				
20. Eu me sinto amado e querido.	<input type="checkbox"/>				
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	<input type="checkbox"/>				
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	<input type="checkbox"/>				
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	<input type="checkbox"/>				
24. Eu gosto de mim.	<input type="checkbox"/>				
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	<input type="checkbox"/>				

**Lembre-se:** Neste questionário, “trabalho” é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). <i>(se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>				
27. Eu tenho problemas de estômago.	<input type="checkbox"/>				
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	<input type="checkbox"/>				
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	<input type="checkbox"/>				
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	<input type="checkbox"/>				
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>				
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. <i>(Se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>				
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	<input type="checkbox"/>				
34. Eu tenho os músculos doloridos.	<input type="checkbox"/>				
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	<input type="checkbox"/>				
36. Eu me sinto nervoso.	<input type="checkbox"/>				
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	<input type="checkbox"/>				
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	<input type="checkbox"/>				
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	<input type="checkbox"/>				
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	<input type="checkbox"/>				
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	<input type="checkbox"/>				
42. Eu me sinto triste.	<input type="checkbox"/>				
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	<input type="checkbox"/>				
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	<input type="checkbox"/>				
45. Eu tenho dores de cabeça.	<input type="checkbox"/>				