



Universidades Lusíada

Sousa, Ana Margarida Matos Abreu e

Características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996) e da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991) em adolescentes

<http://hdl.handle.net/11067/1994>

Metadados

Data de Publicação

2014

Resumo

A resistência à mudança e a reactividade psicológica são constructos com grande relevância para várias áreas, tais como Psicologia Clínica, Psicologia Social e Neurobiologia. Porém, a compreensão da resistência psicológica e da reactividade em adolescentes precisa ainda de desenvolvimentos, pelo que a existência de instrumentos com características psicométricas adequadas é fundamental. O objectivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas das versões portuguesas para adolescentes da...

Abstract: The resistance to change and psychological resistance are constructs with relevance for many areas, such as Clinic Psychology, Social Psychology and Neurobiology. However, the comprehension of resistance psychological and reactivity in adolescents still needs to develop, so the existence of instruments with adequate psychometric characteristics is essential. The aim of this study was to evaluate the psychometric properties of the portuguese versions for adolescents of the Psychologica...

Palavras Chave

Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica, Adolescentes, Avaliação da personalidade, Avaliação de comportamento, Teste psicológico, Escala de Resistência Psicológica de Hong, Escala de Resistência Terapêutica de Dowd

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

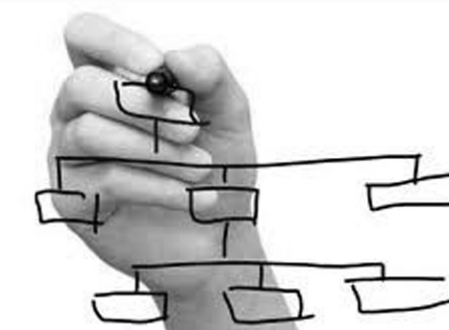
Não

Coleções

[ULP-IPCE] Dissertações

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA
DA ESCALA DE RESISTÊNCIA PSICOLÓGICA (HONG & FAEDDA, 1996)
E DA ESCALA DE RESISTÊNCIA TERAPÉUTICA
(DOWD, MILNE & WISE, 1991) EM ADOLESCENTES

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA
DA ESCALA DE RESISTÊNCIA PSICOLÓGICA (HONG & FAEDDA, 1996)
E DA ESCALA DE RESISTÊNCIA TERAPÉUTICA
(DOWD, MILNE & WISE, 1991) EM ADOLESCENTES

Ana Margarida Matos de Abreu e Sousa

PORTO 2014



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

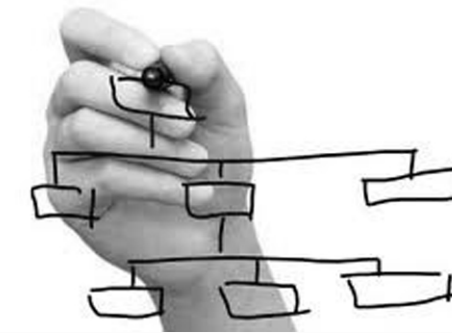


Ana Margarida Matos de Abreu e Sousa



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA
DA ESCALA DE RESISTÊNCIA PSICOLÓGICA (HONG & FAEDDA, 1996)
E DA ESCALA DE RESISTÊNCIA TERAPÊUTICA
(DOWD, MILNE & WISE, 1991) EM ADOLESCENTES**

Ana Margarida Matos de Abreu e Sousa

PORTO 2014

ORIENTAÇÃO:
Professor Doutor Paulo Moreira



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada do Porto



PANTONE 151 C

C: 0

M: 48

Y: 95

K: 0

Agradecimentos

Este estudo empírico só foi possível de ser realizado com o apoio e carinho de diversas pessoas e instituições.

...A Deus, por estar sempre comigo, dando-me forças para superar os desafios.

...Aos meus pais, que foram os grandes incentivadores nesta minha trajectória, pelo apoio e suporte emocional que foram fundamentais para me dedicar.

...Ao meu irmão, pelo seu companheirismo, dedicação de tempo e apoio.

...À Professora Doutora Isabel Torres pelo facto de me ter deixado integrar na concretização da dissertação e assim dar-me oportunidade de adquirir conhecimento e experiência ao longo deste ano.

...Ao Professor Doutor Paulo Moreira, supervisor da dissertação, pela sua disponibilidade, atenção, profissionalismo e dedicação.

...Ao Mestre João Tiago pela sua flexibilidade e espírito de cooperação.

...As Escolas, que permitiram a aplicação dos instrumentos aos alunos que com autorização dos pais concordaram em participar no estudo.

...Às minhas colegas de grupo, Diana, Paula, Cristiana e Sofia que contribuíram para a realização deste estudo através da cooperação e coordenação das tarefas.

...A todas as pessoas que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para que eu pudesse desenvolver e concluir este trabalho.

Índice Geral

Resumo

Abstract

1. Introdução.....	1
1.1 Definição de Resistência e Reactividade.....	1
1.2 Abordagens Clínicas sobre a Resistência.....	4
1.2.1 Modelo Selecção Sistemática de Tratamento.....	6
1.2.2 Resistência Terapêutica.....	9
1.2.3 Avaliação da Resistência no Modelo de Selecção Sistemática.....	13
1.2.4 Métodos de Avaliação e Intervenção do Modelo.....	18
1.2.5 Entrevista Motivacional.....	19
1.2.6 Evidências empíricas da Entrevista Motivacional.....	22
1.3 Abordagens Sociais sobre a Resistência.....	23
1.3.1 Resistência à Mudança nas Organizações.....	24
1.3.2 Causas da Resistência à Mudança nas Organizações.....	26
1.3.3 Teoria da Reactividade Psicológica.....	31
1.3.4 Comunicação e Linguagem Persuasiva.....	39
1.3.5 Autocontrolo e Resistência às Mensagens Persuasivas.....	40
1.4 Abordagens Neurobiológicas sobre a Reactividade.....	42
1.5 Resistência Estado e Traço.....	46
1.6 Mensuração da Reactividade e da Resistência.....	50
1.7 Objectivos e Hipóteses.....	53
2. Metodologia.....	54
2.1 Participantes.....	54

2.2 Instrumentos de Avaliação	57
2.2.1 Questionário Sociodemográfico.....	57
2.2.2 Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996).	57
2.2.3 Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)..	58
2.3 Procedimentos.....	58
2.3.1 Recolha de Dados	58
2.3.2 Análise de Dados	59
3. Resultados	62
4. Discussão dos Resultados	66
Referências Bibliográficas	

Índice Tabelas

Tabela 1. Abordagens clínicas sobre a resistência	5
Tabela 2. Níveis de tomada de decisão do modelo de selecção sistemática de tratamento	8
Tabela 3. Tratamento adaptado aos níveis altos e baixos da resistência	12
Tabela 4. Princípios básicos da entrevista motivacional	20
Tabela 5. Estudos sobre a conformidade social.....	24
Tabela 6. Definição e diferenças individuais relacionadas com a resistência à mudança nas organizações ao longo dos tempos	26
Tabela 7. Barreiras à mudança e principais causas	28
Tabela 8. Relação entre a reactividade e a importância da ameaça	36
Tabela 9. Princípios teóricos testáveis de Brehm sobre a reactividade	39
Tabela 10. Domínios no desenvolvimento da Perturbação de Oposição	45
Tabela 11. A resistência estado segundo Brehm & Brehm (1981) e Dillard & Shen (2005)	46
Tabela 12. Estudo de características de personalidade em indivíduos com grandes níveis de resistência psicológica	48
Tabela 13. Síntese dos vários estudos que avaliaram as características psicométricas da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	52
Tabela 14. Caracterização da amostra da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	55

Tabela 15. Caracterização da amostra da versão portuguesa da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)	56
Tabela 16. Estatísticas e índices de ajustamento com os respectivos valores de referência	60
Tabela 17. Resultados da AFC da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	62
Tabela 18. Resultados da AFC do modelo de 2º Ordem da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	63
Tabela 19. Consistência interna total na Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	64
Tabela 20. Resultados da AFC da versão portuguesa da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)	65
Tabela 21. Consistência interna total na Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)	65
Tabela 22. Comparação dos resultados dos índices de ajustamento da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	67
Tabela 23. Comparação dos resultados finais da versão portuguesa com a versão original da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	68
Tabela 24. Comparação da consistência interna total da versão portuguesa e da versão original da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)	69
Tabela 25. Comparação dos resultados finais da versão portuguesa com a dos autores Buboltz, Thomas & Donnell (2002) relativamente às análises confirmatórias da Escala Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)	70

Tabela 26. Comparação da consistência interna total da versão portuguesa e da versão original da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)	71
---	----

Índice Figuras

Figura 1. Dimensão traço e estado da resistência.....	10
Figura 2. Continuum dos níveis de resistência.....	11
Figura 3. Tipos de motivação de controlo.....	34
Figura 4. Ameaças à liberdade internas e externas.....	36
Figura 5. Análise factorial confirmatória do modelo de 2º ordem da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996).....	63
Figura 6. Análise factorial confirmatória do modelo multifactorial da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991).....	65

Resumo

A resistência à mudança e a reactividade psicológica são constructos com grande relevância para várias áreas, tais como Psicologia Clínica, Psicologia Social e Neurobiologia. Porém, a compreensão da resistência psicológica e da reactividade em adolescentes precisa ainda de desenvolvimentos, pelo que a existência de instrumentos com características psicométricas adequadas é fundamental. O objectivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas das versões portuguesas para adolescentes da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996) e da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991). Participaram no estudo da Escala de Resistência Psicológica 1786 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com média de idades de 16 anos. Participaram no estudo da Escala de Resistência Terapêutica 213 adolescentes com média de idades de 15 anos. Os resultados deste estudo demonstram que os modelos da estrutura factorial da versão original de cada escala se ajustam satisfatoriamente aos dados. Para além disso, ambas as escalas apresentam boa consistência interna. Finalmente, as características encontradas na população portuguesa de adolescentes são semelhantes aos de outros estudos com amostras em adultos. Estes resultados sugerem que a versão portuguesa para a Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996) e da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991) tem características psicométricas adequadas para a população portuguesa.

Palavras-chave: Resistência à mudança; Reactividade Psicológica; Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996); Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991); versão portuguesa; adolescentes;

Abstract

The resistance to change and psychological resistance are constructs with relevance for many areas, such as Clinic Psychology, Social Psychology and Neurobiology. However, the comprehension of resistance psychological and reactivity in adolescents still needs to develop, so the existence of instruments with adequate psychometric characteristics is essential. The aim of this study was to evaluate the psychometric properties of the portuguese versions for adolescents of the Psychological Reactance Scale (Hong & Faedda, 1996) and the Therapeutic Reactance Scale (Dowd, Milne & Wise, 1991). 1786 adolescents participated in the study of the Psychological Reactance Scale, aged between 12 and 18, with an average age of 16. 213 adolescents participated in the study of Therapeutic Reactance Scale with an average age of 15. The results of this study show that the models of factorial structure original version of each scale fit in the data. In addition, both scales show good internal consistency. Finally, the characteristics found in the Portuguese population of adolescents are similar to other studies with samples in adults. These results suggest that the portuguese version of the Psychological Reactance Scale (Hong & Faedda, 1996) and of the Therapeutic Reactance Scale (Dowd, Milne & Wise, 1991) have adequate psychometric characteristics to the Portuguese population.

Key words: Resistance to Change, Psychological Reactivity; Psychological Reactance Scale (Hong & Faedda, 1996); Therapeutic Reactance Scale (Dowd, Milne & Wise, 1991) portuguese version; adolescents;

1. Introdução

1.1 Definição de Resistência e Reactividade

A resistência reflecte um aspecto da personalidade que se manifesta por uma reacção forte e particular a determinadas situações e circunstâncias que ameaçam a autonomia do sujeito ou que lhe provocam a perda de poder pessoal. Esta reacção pode ser vista como uma tendência exagerada para perceber-se a si próprio como estando a ser atacado ou uma tendência para interagir com os outros de uma forma hostil e agressiva. Os comportamentos observáveis da resistência podem ser de afronta à autoridade ou comportamentos de oposição, em que o sujeito faz exactamente o oposto daquilo que lhe é pedido, ou que é esperado (Brehm e Brehm, 1981), ou seja, a resistência diz respeito à hipersensibilidade a potenciais ameaças à liberdade individual de cada um de onde resulta uma tendência para ser oposicional ao resistir às indicações de outros (Moreira, Gonçalves e Beutler, 2005). Tem sido usada para referir um desejo de contrariar alguém na tentativa de limitar as escolhas (Brehm, 1966), falta de vontade para alcançar uma visão sobre a verdadeira natureza dos seus pensamentos ou sentimentos (Messer, 2002), a evasão de sentimentos desagradáveis ou perigosos (Perls, Hefferline & Goodman, 1951) ou o sentimento de ambivalência acerca da mudança (cit in Arkowitz et al, 2002).

Assim sendo, a resistência adquiriu uma definição dupla em psicologia. Por um lado, ela define um resultado: o resultado de não ser movido por pressões para mudar. Por outro lado, identifica-se um estado de motivação: a motivação para se opor e combater as pressões para mudar. Embora a resistência seja uma resposta às pressões para a mudança, a fonte de resistência é muitas vezes atribuída mais à pessoa, e às vezes é atribuída mais à situação (Knowles et al, 2004), ou seja, muitos estudos psicológicos são realizados com a resistência definida como um estado induzido pela situação,

enquanto outros estudos são realizados tendo em conta a resistência como uma qualidade intrínseca à pessoa. Alguns teóricos e pesquisadores tratam a resistência como uma construção dicotómica: é presente ou ausente, enquanto outros sustentam que a resistência é uma variável que varia de excessivamente de submissão até completamente de oposição (Beutler et al, 2000).

A outra face da resistência é a reactividade psicológica descrita por Brehm (1966), que foi definida como “um estado de excitação motivacional”, e é iniciada apenas quando a influência é directamente percebida pelo individuo e ameaça as alternativas de escolha do mesmo. Sendo assim, a reactividade é um intenso estado motivacional que se manifesta através de um comportamento ou acção para obter de novo a liberdade. Quando a reactividade psicológica é activada, o indivíduo torna-se motivado para lidar com essas ameaças, restabelecendo a sua liberdade de origem. Os comportamentos livres podem variar na importância, significados e consequências, dependendo da capacidade do individuo em satisfazer várias necessidades e preferências (Dowd, 1991). Isto é, quando os indivíduos percebem que um estímulo externo, por exemplo uma mensagem persuasiva, impede ou elimina uma liberdade potencial, o individuo experimenta o estado motivacional da reactividade psicológica, com uma combinação de raiva e cognições negativas dirigidas ao estímulo ofensivo e / ou a sua fonte (Dillard & Shen, 2005).

Várias pesquisas mostraram que a reactividade pode ocorrer em resposta às tentativas de persuasão (Brehm, 1966) pois as mensagens persuasivas constituem uma ameaça à liberdade pessoal, mas o grau em que uma mensagem convincente é percebida como uma ameaça de liberdade varia entre os indivíduos (Scott et al, 2012). Portanto, qualquer mensagem persuasiva será provavelmente vista como uma ameaça à liberdade e desta forma provoca reactividade psicológica (Shen & Dillard, 2005). Estudos

também mostraram que membros de grupos minoritários podem desenvolver níveis relativamente altos de reactividade, em comparação com os membros do grupo maioritário, pelo facto de defenderem constantemente liberdades pessoais numa sociedade orientada (Seemann et al, 2008).

Brehm (1966) considerou a resistência como um estado, isto é, um estado de motivação temporária em resposta a certas situações específicas associadas a uma possível liberdade ameaçada. Mais recentemente, a investigação tem demonstrado que a resistência, pode manifestar-se como um traço de personalidade associada a determinadas características, tais como a necessidade de autonomia e independência, inconformismo, a rebeldia e rejeição de autoridade. Os adolescentes geralmente mostram uma maior sensibilidade as ameaças da sua liberdade pessoal, tornando-os numa população-alvo particularmente difícil em relação ao risco para a saúde (como, mensagens de prevenção) (Miller et al, 2010). Em suma, enquanto a resistência pode ocorrer através de acções específicas do indivíduo em situações específicas, a reactividade é uma predilecção que existe dentro da pessoa por causa das suas histórias de relações com autoridades e perda de liberdade (Dowd, 1991).

Nos capítulos que se seguem irá ser abordado as temáticas da resistência e da reactividade em vários contextos e relativamente à P. Clínica, P. Social e Neuropsicologia, bem como a aplicação da Teoria da Reactividade Psicológica, desde a sua utilização na prática clínica como para a compreensão dos problemas sociais. A teoria fornece informações úteis em áreas como a persuasão e a resistência à persuasão, à mudança de atitude, atractividade do grupo, interacção familiar, publicidade enganosa, disponibilidade do produto, internet, aconselhamento e personalidade reagente, terapia familiar, comportamento político, desamparo aprendido e até mesmo a compreensão da comportamento de resolução de disputas (Chadee, 2011).

1.2 Abordagens Clínicas sobre a Resistência

A resistência tem sido explicada por várias teorias, existem tantos pontos de vista da resistência à mudança como existem teorias psicoterapêuticas, (Dowd, 1991).

A resistência foi originalmente utilizada como um conceito psicanalítico, em que o paciente inconscientemente evita o processo analítico (Gilbert & Leahy, 2007), ou seja, do ponto de vista individual, o eu usa uma defesa quando um impulso está em conflito com uma proibição, assim torna-se um mecanismo de defesa de angústia e de ansiedade experienciadas como insuportáveis pelo indivíduo (Ribeiro, 2007). Mas para além da teoria psicanalítica, outras teorias têm em consideração a resistência, em termos das suas manifestações comportamentais, enquanto outras discutem a resistência como evitamento da ansiedade, como produção de pensamentos e sentimentos, a oposição ou dificuldade na mudança de padrões interpessoais inadequadas, falta de motivação para a mudança ou ambivalência (Orr-Brown, 2007).

Os pacientes por vezes tendem a esconder os seus sentimentos negativos (tais como, medo, raiva e hostilidade) e algumas vezes o terapeuta não está consciente daquilo que o paciente está a sentir, o que poderá revelar-se numa relação fraca (Beutler et al, 2000). A resistência de um paciente sempre foi identificada por comportamentos que afectam o modo como a intervenção subsequente vai ser implementada, de tal forma, que esta é uma variável importante no processo terapêutico que têm sido alvo de sistematizações por vários modelos diferentes de psicoterapia, seguindo estratégias para lidar com a resistência (Moreira, Gonçalves e Beutler, 2005).

Na tabela seguinte irá ser apresentado as abordagens clínicas sobre a resistência ao longo dos tempos.

Tabela 1:

Abordagens Clínicas sobre a Resistência

Abordagem	Definição	Causa	Componentes	Tratamento
Psicanalítica	A resistência é uma expressão dos conflitos neuróticos.	Conflitos inconscientes.	Atitude de oposição do paciente às descobertas do psicoterapeuta relativamente aos seus desejos inconscientes.	Exploração dos conflitos inconscientes de forma a tornarem-se conscientes e alcançarem a tranquilidade psicológica.
Gestalt	A Resistência é uma resposta inconsciente e de protecção à dor provocada por estímulos ambientais stressantes que conflituam com as necessidades e desejos do indivíduo.	Conflitos internos	Manifesta-se como um estado de ambivalência, onde uma parte do paciente quer mudar e a outra parte não.	Avançar sempre com a experiência de vida do indivíduo, de forma a tornar consciente os pensamentos, sentimentos, motivações e tendências da acção.
Comportamental	A resistência deve-se ao terapeuta, em vez das variáveis internas do paciente.	Técnicas inapropriadas e inadequadas.	O terapeuta não criou aliança terapêutica.	Melhorar a relação terapêutica e usar técnicas adequadas ao paciente.
Cognitiva	A resistência deve-se aos esquemas cognitivos do indivíduo, pois encontram-se envolvidas a um significado.	Esquemas cognitivos.	Recusa do paciente para contemplar a informação que é inconsistente com sua visão de mundo.	Explorar os pensamentos, de modo a mudar os esquemas disfuncionais sobre si e sobre os outros.
Cognitivo – Comportamental	A resistência é um processamento de informação, onde os indivíduos eliminam de forma selectiva os dados que não confirmam as suas estruturas cognitivas.	Estruturas cognitivas.	O paciente activa estratégias e papéis numa tentativa de afirmar esquemas pessoais.	Ajudar a identificar os pensamentos erróneos do paciente que ocorrem em situações específicas e são responsáveis pelos seus problemas emocionais.

Adaptado de Dowd, E. T, (1993), Motivacional and personality correlates of psychological reactance. *Psicologia Conductual*, 1, 145-156.

Adaptado de Beutler, L. E.; Moleiro, C. & Talebi, H, (2002), Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 58 (2), 207-217.

Embora a resistência classicamente tem sido considerada como, uma variável intrapsíquica baseada no paciente, uma perspectiva interpessoal está a ganhar validação entre teóricos. Como vimos na tabela, existem vários pontos de vista sobre a resistência, no entanto, todas as abordagens psicoterapêuticas concordam que os pacientes muitas vezes rejeitam os conselhos do terapeuta, recusam-se a desistir de comportamentos antigos, estão sem resposta à intervenção e exibem comportamentos de oposição, divergência, inacessíveis e de desmotivação (Beutler, Moleiro e Talebi, 2002).

1.2.1 modelo selecção sistemática de tratamento.

O Modelo Selecção Sistemática de Tratamento tem recebido bastantes evidências empíricas bem como uma reflexão teórica profunda (está fundamentada em décadas de investigação). Este modelo tem como centro o paciente e não as técnicas e os princípios, ou seja, integra as características do paciente como o principal factor de decisão, estando intimamente ligada à forma como se consegue uma adaptação do tratamento às características do paciente. Desta forma, a eficácia terapêutica reside na junção da compatibilidade das características do paciente, do terapeuta e o tratamento, ou seja, não é um resultado mas um processo que se começa a construir mesmo antes do processo terapêutico começar. Começa na formação do terapeuta, na sua flexibilidade em dominar várias teorias, princípios e técnicas, na sua capacidade de identificar as variáveis do paciente importantes para o processo terapêutico e ir ao encontro das características do paciente, bem como, a capacidade do terapeuta estabelecer uma aliança terapêutica que motive o paciente à mudança (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Segundo Beutler (2001), as características do paciente e do problema trazido à consulta que se relacionam com a adaptação ao tratamento são: 1) prejuízo funcional, 2)

sofrimento subjectivo, 3) suporte social experienciado, 4) complexidade do problema, 5) níveis de resistência e 6) estilos de coping.

Beutler, Clarkin & Bongar (2000) descreveu que em função destas características é que os diversos domínios do tratamento podem ser sistematizados e monitorizados, nomeadamente: 1) a intensidade e duração do tratamento, 2) as intervenções psicofarmacológicas, 3) as intervenções de suporte e apoio, 4) as terapias de intervenção interpessoal, 5) as intervenções focadas no insight e na relação. 6) as terapias focalizadas no problema, 7) as intervenções não directivas, 8) as intervenções paradoxais, 9) as intervenções descritivas e interpretativas e 10) as intervenções orientadas para os sintomas.

Consciente da importância das características dos pacientes no tratamento e da interacção das variáveis do paciente com as do tratamento como preditores dos resultados terapêuticos, a Selecção Sistemática de Tratamento organiza-se à volta de quatro níveis de decisão, sendo cada um deles integrador e sequencial. A decisão deve ser entendida como o resultado de influências acumuladas, ou seja, cada tomada de decisão deve ter e ser congruente com as anteriores (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Os quatro níveis de tomada de decisão são apresentados na tabela 2.

Tabela 2:

Níveis de tomada de decisão do Modelo de Selecção Sistemática de Tratamento

<p>Nível 1</p> <p>Características Predisponentes do Paciente</p>	<p><i>Problema:</i> Sintomas, intensidade/severidade, complexidade / cronicidade</p> <p><i>Personalidade:</i> Estilos de coping, grau de resistência, sofrimento</p> <p>subjectivo, motivação para a mudança, auto-estima.</p> <p><i>Meio:</i> Prejuízo funcional, suporte social, competências e áreas em que funcionam bem.</p>
<p>Nível 2</p> <p>Contexto do Tratamento</p>	<p><i>Contexto:</i> Como é que o tratamento é prestado (internamento, ambulatório, etc.)</p> <p><i>Intensidade:</i> Frequência, espaço entre as consultas.</p> <p><i>Modo:</i> Farmacológico, psicossocial ou ambos.</p> <p><i>Formato:</i> Classe de substâncias, Terapia de grupo, individual ou familiar.</p>
<p>Nível 3</p> <p>Actividade do Terapeuta e Relação Terapêutica</p>	<p>Compatibilidade Pessoal: Compatibilidade entre terapeuta e paciente.</p> <p>Acções terapêuticas.</p> <p>Grau de directividade.</p> <p>Foco no insight/consciencialização vs foco nos sintomas/comportamentos.</p> <p>Catarse versus redução da activação emocional.</p> <p>Competências do terapeuta.</p> <p>Aliança – Factores da relação.</p>
<p>Nível 4</p> <p>Adaptação do Tratamento às Características do Paciente Adaptação dos níveis 1 e 3</p>	<p>Definir o contexto e a intensidade do tratamento de acordo com o prejuízo funcional e a complexidade/severidade do problema.</p> <p>Dosar o foco do tratamento nas relações interpessoais de acordo com o estilo interpessoal e o suporte social do paciente.</p> <p>Estabelecer o foco do tratamento nos sintomas/comportamentos versus no insight/consciencialização.</p> <p>Adaptar o nível de directividade aos níveis de resistência do paciente.</p> <p>Estabelecer o tipo de terapia (ab-reativas/activação emocional versus fornecimento de suporte e conforto) em função do grau de sofrimento subjectivo do paciente.</p>

Adaptado de Moreira, P.; Gonçalves, O. & Beutler, L.E., (2005), *Métodos de Selecção de Tratamento: O melhor para cada paciente* (p. 332-333). Porto: Porto Editora.

Este modelo tem as suas origens nos movimentos de integração deriva de teorias e modelos diferentes de forma a darem respostas de tratamentos adequadas, tais como: A perspectiva de Thorne (1967), Psicoterapia Prescritiva de Goldstein e Stein (1976), Terapia Multimodal e a Psicoterapia Eclética Sistemática (Beutler, 1983), Terapia Diferencial de Frances, Clarkin e Perry (1984). Durante as revisões bibliográficas foram dirigidos esforços à identificação de variáveis não-redundantes relativamente ao paciente, terapeuta, tratamento e que fossem significativos para os resultados terapêuticos. Assim, partindo de uma extensa revisão bibliográfica de modo a identificar essas variáveis, foi desenvolvida e resultou na modificação de alguns conceitos e princípios do Modelo original da Seleção Sistemática de Tratamento (1990), entre essas modificações salienta-se a Resistência (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Como é perceptível a resistência é uma dimensão fundamental no processo terapêutico.

1.2.2 resistência terapêutica.

Como foi abordado na introdução a resistência diz respeito à hipersensibilidade a potenciais ameaças à liberdade individual de cada um onde resulta uma tendência para ser oposicional ao resistir às indicações dos outros. A resistência ocorre quando o paciente sente que a sua liberdade, auto-imagem, integridade psicológica, ou poder estão ameaçados e é um importante indicador do modo como o paciente se relaciona interpessoalmente. E é expressa como uma dificuldade no modo como se lida com as directrizes externas ou sugestões (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Segundo Beutler, Clarkin & Bongar (2000), em contexto terapêutico, a resistência do paciente está relacionada com a facilidade ou dificuldade com que o paciente aceita a directividade do terapeuta. Só recentemente é que a resistência foi encarada como uma dimensão traço do paciente, ou seja, indivíduos têm quer traços

como estados de resistência (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Estas duas manifestações não são lineares entre si, já que um indivíduo pode ser geralmente pouco defensivo (traço) e estar, numa circunstância particular (estado) muito defensivo. Desta forma, é necessário uma particular atenção de modo a se optimizarem os resultados terapêuticos (Beutler et al., 2000).

Figura 1:

Dimensão Traço e Estado da Resistência

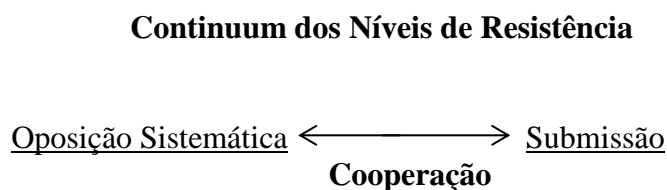


Adaptado de Moreira, P.; Gonçalves, O. & Beutler, L.E., (2005), *Métodos de Selecção de Tratamento: O melhor para cada paciente* (p. 284). Porto: Porto Editora.

A resistência pode ser conceptualizada como um contínuo em que num extremo está a oposição (em que nenhuma concordância é expressa e assume a posição de forma activa “estar sempre no contra” ou seja, o indivíduo não colabora e coopera) e no outro extremo a submissão (os níveis de resistência são quase inexistentes, com aceitação passiva) (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Figura 2:

Continuum dos níveis de resistência



Adaptado de Moreira, P.; Gonçalves, O. & Beutler, L.E., (2005), *Métodos de Selecção de Tratamento: O melhor para cada paciente* (p. 284). Porto: Porto Editora.

Os estudos desenvolvidos acerca da resistência dos pacientes em psicoterapia, apontam para uma tendência de os indivíduos reactivos, resistirem mais às regras e normas sociais numa variedade de contextos, do que os indivíduos com baixos traços de resistência. Indivíduos com elevados índices nas medidas de avaliação de resistência tendem a rejeitar estruturas e preferem trabalhar em contextos que lhes permitam exercer a sua liberdade pessoal e a iniciativa (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Segundo Beutler, Clarkin & Bongar (2000) têm revelado uma relação entre a resistência dos pacientes e o resultado da terapia, pacientes com níveis elevados de resistência podem responder de modo contra-terapêutico a muitas intervenções. Podem tornar-se tensos quando lhes é pedido para relaxarem e expandirem-se quando lhes é pedido para se contentarem, pois têm medo de perder o controlo pessoal, desta forma é um facto de a resistência constituiu um preditor de pior prognóstico (Moreira, Gonçalves e Beutler 2005).

As intervenções mais eficazes são aquelas que não induzem a resistência dos pacientes, reconhecendo que na psicoterapia de clientes mais resistentes, o uso de intervenções menos directivas será mais eficaz, assim como a utilização de maior

directividade e estrutura da parte do terapeuta será mais benéfico para clientes menos resistentes (Castonguay & Beutler, 2006).

Dagirmanjian, Eron e Lund, (2007) apontam para a importância do terapeuta sintonizar a sua linguagem com a do cliente, pois podem verificar-se duas tendências: quando o terapeuta pontua características da preferência do cliente, a sua resistência diminui e a motivação para a mudança aumenta; quando o terapeuta salienta atributos do cliente que não são do seu agrado, a resistência aumenta e a motivação para a mudança diminui. A opção por tratamentos não directivos deve ser acompanhada por um maior esforço por parte do terapeuta em proporcionar segurança aos pacientes (Moreira, Gonçalves e Beutler 2005).

Na tabela seguinte, irá ser apresentado o tratamento adaptado aos níveis altos e baixos de resistência que caracterizam o paciente.

Tabela 3:

Tratamento adaptado aos níveis altos e baixos da Resistência

Pacientes com Altos Níveis de Resistência (Oposição)	Pacientes com Baixos Níveis de Resistência (Submissão)
Beneficiam mais de estímulos, modelos terapêuticos e estratégias não directivas, de preferência auto-dirigidos.	Estilos, modelos e estratégias directivas, isto não quer dizer que não beneficiem de estilos, modelos e estratégias não directivas, principalmente se os objectivos terapêuticos se prendem com a autonomia.
Tendem a responder melhor do que a maior parte dos pacientes a técnicas paradoxais, bem como a intervenções pouco estruturadas e auto-dirigidas.	Tendem a responder bem à autoridade e às orientações directivas. Nestes casos, o terapeuta pode enfatizar os procedimentos confrontativos e nos que evocam a autoridade terapêutica.

Adaptado de Moreira, P.; Gonçalves, O. & Beutler, L.E., (2005), *Métodos de Selecção de Tratamento: O melhor para cada paciente* (p. 285). Porto: Porto Editora.

1.2.3 avaliação da resistência no modelo de selecção sistemática.

Como temos vindo a realçar a eficácia do processo terapêutico é um resultado da correspondência entre as características do paciente, o tratamento e o estilo terapêutico. Desta forma, torna-se importante a avaliação de variáveis que não apenas as variáveis de diagnóstico, tais como, a severidade do problema, o suporte social, o sofrimento subjectivo, o estilo de coping e os níveis de resistência. Para avaliação destas características este modelo usa instrumentos que estão validados empiricamente para adultos, infelizmente o mesmo não acontece para crianças e adolescentes. A investigação validou já vários instrumentos para a avaliação de características que são consideradas fundamentais para a selecção de tratamento, mas ainda não conseguiu o mesmo em relação à compreensão e avaliação de todas as características que a investigação demonstra estarem relacionadas com a eficácia terapêutica, uma dessas características é a resistência. Em suma, ainda faltam evidências empíricas que permitam uma compreensão da forma como a resistência se desenvolve ao longo do processo desenvolvimental, bem como a compreensão de que forma será em determinadas alturas resultado de um estágio desenvolvimental ou se trata de uma característica mais estável “tipo-traço” (Moreira, Gonçalves e Beutler 2005).

O estudo da resistência nos adolescentes é cada vez mais necessária, pois os picos de resistência na adolescência aumentam, é por isso que os adolescentes são muitas vezes os mais desafiadores, rebeldes, desejosos de autonomia e independência, e resistentes à autoridade e ao controlo (Zhang et al, 2011).

Existem adolescentes que são mais resistentes que outros, ao longo desse processo de desenvolvimento, os adolescentes parecem até tornarem-se um pouco mais resistentes nessa altura. A questão central aqui será se estas mudanças de resistência se devem ao processo de desenvolvimental em que os adolescentes estão empenhados em

preservar a sua autonomia que começam a construir ou se a variável resistência difere significativamente ao longo do processo desenvolvimental. Uma questão que se coloca é a de saber se a resistência é um factor determinante no tratamento de crianças e adolescentes (Moreira, Gonçalves e Beutler 2005).

Com o início da adolescência, factores de maturação levam os adolescentes ao desejo, à experiência e a experimentar a necessidade de liberdade de atitude de uma forma de adoptar uma identidade adulta. Eles têm a liberdade de formar os seus próprios julgamentos e começam a olhar o mundo numa forma mais crítica, questionando o que os pais ou outras autoridades dizem, e sua receptividade diminui drasticamente às mensagens dos adultos (Grandpre et al, 2003).

Estudos mostram que a resistência é maior entre os indivíduos mais jovens (Hong, Giannakopoulos, Laing, & Williams, 1994) o que pode indicar a presença de factores subjacentes, que caracterizam a adolescência, podendo levar a um pico de resistência por causa do desejo de independência, individualidade e negação da autoridade. Além disso, uma série de factores de risco cognitivos e psicossociais surgem durante início da adolescência, e esses factores levam ao início do tabagismo e outros comportamentos de risco (Grandpre et al, 2003). É por isso que a resistência à persuasão tem maior predominância em adolescentes. Desta forma, têm sido replicadas campanhas de comunicação em saúde: como antitabagismo e antialcoolismo (Zhang et al, 2011). Os adolescentes parecem ser um subgrupo principal para despertar a resistência dada a sua propensão em se envolverem em comportamentos de risco, juntamente com o seu forte desejo de autonomia (Quick, 2005).

A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson (1975) descreve a adolescência como um período em que o desenvolvimento da identidade e do ganho de independência. Durante esse período, há uma mudança da dependência para a

autonomia. A procura pela identidade e autonomia é normalmente caracterizada por comportamentos de risco, em que os indivíduos experimentam os limites e testam capacidades. É também durante este período que se dá luta pela independência e individualidade, geralmente entram em conflito com as regras que foram estabelecidas pelos pais e outras figuras adultas (Grandpre et al, 2003).

O período de adolescência de Erikson (1975) coincide aproximadamente com o Estágio Operatório Formal de Piaget (1972), no qual o adolescente é capaz de pensar abstractamente e entende o significado de termos abstractos: como a liberdade e monitoramento, sem qualquer dificuldade. As regras dos pais e os regulamentos contêm elementos de ameaça e controlo, podem ser considerados pouco atraentes para os adolescentes (Wiiium et al, 2009).

O sentido básico de identidade pessoal que vai surgindo é o estender de uma autonomia flexível. Esta autonomia é favorecida por um nível óptimo de resistência. Sem autonomia não existe identidade nem tão pouco resistência (Dowd, 1993). Esta necessidade de autonomia baseia-se na premissa básica que, em relação a certas áreas específicas do comportamento, as pessoas têm uma preferência distinta e forte a perceber-se como responsável pelo seu próprio destino (Grandpre et al, 2003).

A melhor forma de estender esta autonomia é através das figuras de vinculação que proporcionam uma aceitação incondicional e separações seguras, enquanto, oferecem ao mesmo tempo, uma base segura de apoio quando necessitam. Se surge o uso frequente de castigo físico, a implementação de técnicas de controlo coercivo em vez do raciocínio, as recompensas e os castigos inconsistentes, e uma valorização claramente crítica à criança, conduz mais tarde a uma vida de um elevado nível de resistência. O sentido de identidade de um individuo pode converter-se simplesmente no inverso da identidade da pessoa (por exemplo, a figura principal de vinculação) contra

qual o indivíduo está a reagir, e não é a verdadeira identidade. Por outro lado, um indivíduo que as figuras principais de apego castigam a separação e a autonomia, no qual não proporcionam uma base segura de apoio, pode carecer de um nível necessário de resistência para estender um autêntico sentido de autonomia e de identidade em adulto. Assim, tanto um nível elevado de resistência como baixo podem dar como resultado num pobre sentido de identidade (Dowd, 1993).

Hockenberry e Billingham (1993) relatou que os indivíduos que tiveram relacionamentos violentos tiveram resultados mais altos de resistência do que aqueles que não sofreram relacionamentos violentos. Merz (1983) afirmou que a resistência pode ser um constructo essencial que explica a agressão, altruísmo e depressão. Portanto, a resistência tem um potencial óbvio como mediador na interação humana (cit in Donnell et al, 2001).

Buboltz, Johnson e Woller (2011) concluíram que as dimensões do funcionamento das famílias de origem dos estudantes universitários (ou seja, a coesão, o conflito, a ênfase moral-religiosa, independência e orientação conquistada) têm impacto ao nível da resistência. Eles também descobriram que os estudantes universitários de famílias divorciadas são psicologicamente mais resistentes do que os estudantes de famílias intactas (Johnson et al, 2000).

Um nível moderado de resistência pode considerar-se como uma parte necessária de um sentido saudável de autonomia e identidade. A autonomia parece estar relacionada directamente com o nível de resistência (Dowd, 1993).

Desta forma, tende-se a confundir o “traço-resistente” com padrões normativos, próprios da idade, porém transitórios de personalidade e de comportamento. Nos adultos, a investigação sugere que altos níveis de resistência estarão associados a resultados mais pobres. Contudo, esta relação revelou-se mais complexa entre os

adolescentes. Na primeira fase da adolescência, os níveis de resistência não estão associados aos resultados e à mudança, mas encontram-se relações à medida que se caminha para o fim da adolescência. Em termos de diferenças entre sexos, os rapazes com níveis de resistência baixos e rapazes com níveis altos melhoravam mais do que os rapazes com níveis de resistência intermédios. As raparigas com níveis de resistência baixos ou as que tinham níveis de resistência altos melhoravam menos do que as que tinham níveis de resistência moderados, pelo que uma das conclusões é a de que, ao contrário do que se passa com os adultos, os níveis de resistência com adolescentes pode não ser em todas as fases difíceis de mudança, é por isso que uma dificuldade metodológica parece ser o facto de as formas categoriais de resistência não se conseguirem distinguir das formas de resistência limitadas a um estado de desenvolvimento, o que explica a fraca relação entre traços de resistência e mudança em adolescentes entre 12 a 15 anos. Sendo a principal característica do Modelo de Selecção Sistemática, o terapeuta pode-se confrontar com a seguinte questão “como posso usar o potencial positivo da resistência dos adolescentes para mudar e ao mesmo tempo minimizar as suas implicações positivas?”. Enquanto a investigação não nos ajudar a compreender melhor estas variáveis e nos auxiliar no desenvolvimento de instrumentos empiricamente validados para a avaliação destes constructos, o modelo de Selecção de Tratamento pode e deve ser utilizado na população de adolescentes (Moreira, Gonçalves e Beutler 2005).

Desta forma, a avaliação das características das versões portuguesas da Escala de Resistência Psicológica e da Escala de Resistência Terapêutica, poderão ajudar obter dados confiáveis e uteis na análise do constructo da resistência nos adolescentes e assim desenvolver a teoria com novos estudos empíricos.

1.2.4 métodos de avaliação e intervenção do modelo.

Condição essencial para se conseguir uma correspondência entre as características do paciente e o tratamento é que o terapeuta seja capaz de identificar as características predisponentes do paciente de forma a, em função das mesmas, poder seleccionar o melhor tratamento. Isso implica competências ao nível da avaliação do pacientes, bem como ao nível do conhecimento das técnicas terapêuticas eficazes em determinadas circunstâncias. O processo de avaliação segue 4 objectivos: 1) avaliar a necessidade do tratamento do paciente e o nível de tratamento que requer; 2) especificar os procedimentos terapêuticos e os clínicos que maximizem a qualidade do comprometimento do paciente no tratamento e da relação terapêutica; 3) identificar as estratégias diferenciadas e 4) avaliar os progressos e as mudanças ao longo do processo terapêutico. Todo este processo exige um conjunto de instrumentos sensíveis às variáveis do paciente, do terapeuta, da combinação entre o tratamento e as características do paciente e do terapeuta e também avaliar e monitorizar o curso do processo terapêutico e das mudanças verificadas (Moreira, Gonçalves e Beutler 2005).

No sentido de facilitar este processo de avaliação, o Modelo de Selecção Sistemática de Tratamento dispõe de um conjunto de instrumentos (Protocolo de Avaliação Clínica (PAC), Escala de Adesão à Terapia Prescritiva (EATP), Manual de Escala de Avaliação da Terapia (MEAT), Escala de Avaliação da Terapia (EAT) e Escala de Activação Emocional do Paciente (EAEP), construídos de acordo com as necessidades de avaliação de tal processo, e constituem-se como um precioso auxiliar do processo terapêutico, avaliando sintomas, personalidade, suporte social e expectativas acerca da psicoterapia (Moreira, Gonçalves e Beutler 2005).

1.2.5 entrevista motivacional.

A entrevista motivacional foi criada por William Miller, esta abordagem reúne várias abordagens previamente existentes, tais como a terapia centrada no paciente e terapias breves, sendo desenvolvida para ser aplicada ao consumo de álcool, tabaco e drogas, de modo a reduzir a resistência e aumentar a motivação para o tratamento (Orr-Brown, 2007).

Miller e Rollnick (2002) definem a Entrevista Motivacional como um método centrado no cliente, directivo, para melhorar a motivação intrínseca e fortalecer o compromisso de mudança por explorar e resolver a ambivalência, ou seja, considera o paciente como centro e impulsionador da sua própria mudança. Este método assume que a maioria das pessoas têm motivações conflituosas para a mudança e muitas vezes não têm firmeza no grau de motivação e ambivalência (Arkowitz & Miller, 2008), através desta técnica permite aos pacientes expressarem abertamente a sua ambivalência, a fim de orientá-los para uma solução satisfatória para as suas motivações conflituosas, com o objectivo de facilitar as mudanças comportamentais desejadas. Existem normalmente duas fases nas sessões da entrevista: na primeira fase, o paciente muitas vezes é ambivalente relativamente à mudança, e pode ser insuficientemente motivado para realizar a mudança. Por exemplo, os dependentes de álcool e drogas, quando procuram tratamento, geralmente o fazem com conflitos, com aquilo que chamamos de motivação flutuante, isto é, eles querem fazer algo a respeito do seu comportamento mas ao mesmo tempo também não o querem. Assim, o objectivo desta fase consiste em resolver ambivalência do paciente e facilitar a motivação intrínseca de mudar. A segunda fase, é quando o paciente mostra sinais que está disposto a mudar, pode ser manifestado por falar ou fazer perguntas sobre a mudança e descrições que sugerem que o paciente está prever um futuro em que as mudanças desejadas serão realizadas. O foco na segunda

fase desloca-se para o fortalecimento do compromisso com a mudança e apoiar o paciente a desenvolver e implementar um plano para alcançar as mudanças (Arkowitz & Miller, 2008). A entrevista motivacional tem cinco princípios básicos (ver tabela 4, pág 20): expressar empatia, desenvolver discrepância entre comportamentos actuais e os valores que são inconsistentes com esses comportamentos, evitar discussões, diminuir a resistência em vez de enfrentá-la directamente e suporte de auto-eficácia (Aviram & Westra, 2011).

Tabela 4:

Princípios básicos da Entrevista Motivacional

Empatia	O terapeuta expressa empatia, ouvindo activamente, devolvendo reflexões e aceita a ambivalência, e é através da empatia por parte do terapeuta que parece facilitar o processo de mudança, enquanto a sua ausência bloqueia.
Desenvolvimento da discrepância	O terapeuta terá de ter um papel de facilitador no desenvolvimento da discordância do self, pode fazer isso através da compreensão entre o comportamento actual, os objectivos, as intenções, os desejos pessoais e os valores importantes para o indivíduo, de modo que o paciente produza um discurso de mudança.
Evitar Argumentação	Deve evitar argumentações e confrontos directos.
Lidar com a Resistência	Evitar abordagens que provoquem resistência no paciente.
Auto-Eficácia	A auto-eficácia diz respeito à percepção do indivíduo sobre a sua capacidade de levar a cabo o que se propõe fazer. A confiança da pessoa na sua capacidade de mudança é um elemento motivador. A confiança do terapeuta na capacidade de mudança do paciente pode aumentar a confiança do paciente em si próprio.

Adaptado de Miller, W. R. & Rollnick, S., (2002), *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Dentro da abordagem da entrevista motivacional, a resistência é considerada como o produto de uma interacção entre o terapeuta e o paciente. O paciente pode ter uma quantidade maior ou menor relativamente à resistência à mudança, se por exemplo, for mandado procurar ajuda por membros da família ou médicos. Mas também, o

terapeuta pode aumentar ou diminuir esta resistência inicial do paciente dependendo das técnicas utilizadas na primeira fase. As técnicas e métodos que o terapeuta pode utilizar na entrevista motivacional são, perguntas abertas, escuta reflexiva, afirmações e provocar a conversa para a mudança. Ou seja, é importante que o terapeuta estabeleça um ambiente de aceitação e confiança, para permitir ao paciente explorar os seus problemas. Assim sendo, o terapeuta deverá estar atento e estimular a conversa, fazendo perguntas amplas e abertas, que não podem ser facilmente respondidas brevemente, bem como resumos esporádicos durante todo o processo, pois interliga várias ideias em momentos diferentes e permite ao terapeuta mostrar ao paciente que está atento e fazer com que paciente tenha uma visão mais ampla sobre os seus próprios comentários (Miller & S. Rollnick, 2002).

Terapeutas que respondem à resistência do paciente com confrontos, argumentos ou persuasão estão a exibir contra-resistência. Desta forma, o paciente e o terapeuta são fundamentais para determinar o nível total de resistência presente na interacção. Entrevistadores motivacionais empregam específicas respostas para minimizar essa resistência para que não impeça a mudança. Quando existe resistência o terapeuta tem de ter respostas estratégicas (tais como, reflexões simples, reflexões amplificadas, reflexão dos dois lados, mudar o foco, concordar, enfatizar a escolha e o controlo pessoal, reinterpretar, paradoxo terapêutico) para mudar a dinâmica da discussão e lembrar ao paciente que ninguém pode forçar a sua mudança (Moyers & Rollnick, 2002).

Assim, o objectivo importante da entrevista é aumentar a motivação intrínseca de um paciente para mudar, o que surge de objectivos e valores pessoais. Esta abordagem ajuda o paciente a fazer a sua própria decisão de mudar, ao invés de o paciente que está a ser pressionado a partir de fontes externas, tais como as tentativas dos outros para persuadir ou coagir a pessoa a mudar (Arkowitz & Miller, 2008).

1.2.6 evidências empíricas da entrevista motivacional.

A eficácia da entrevista motivacional relativamente às alterações de comportamento foi examinada através de estudos clínicos. Têm sido os estudos realizados em várias formas e para uma série de comportamentos relacionados à saúde, incluindo o álcool, drogas, dieta, exercício e tabagismo. A maior parte da literatura usa a entrevista motivacional para abordar o uso do álcool e dependência de substâncias (Miller et al, 2004). A meta-análise realizada por Burke et al. (2003) demonstrou que a intervenção através da entrevista motivacional é equivalente a outros tratamentos activos em termos de eficácia comparativa e superior a qualquer tratamento ou controlos placebo para problemas que envolvam álcool, drogas, dieta e exercício. No entanto, não houve dados confiáveis para a eficácia das intervenções nas áreas de cessação do tabagismo e comportamentos de risco. Rubak et al. (2005) incluiu na sua meta-análise dados de 72 ensaios. Quase dois terços (64%) dos estudos em que foi usada a entrevista motivacional para aconselhamento com duração de 15 minutos ou menos foram eficazes na mudança de comportamento. Os dados demonstraram efeitos significativos para entrevista motivacional na redução da massa corporal, colesterol total, pressão arterial sistólica, de concentração de álcool no sangue e conteúdo de etanol. No entanto, a abordagem não foi significativamente eficaz para a redução do tabagismo ou para a redução de níveis glicose no sangue. A meta-análise realizada por Vasilaki, Hosier & Cox (2006) sobre a eficácia da entrevista motivacional como intervenção breve para dependentes graves do álcool obteve bons resultados na redução do consumo deste. A busca literária apontou vários factores que podem influenciar a eficácia da entrevista motivacional a longo prazo: sexo, idade, estado civil, emprego, saúde mental, expectativas iniciais e prontidão para mudança. O estudo conclui que dependentes leves que procuram ajuda livremente são os que mais beneficiam desse tipo de tratamento.

1.3 Abordagens Sociais sobre a Resistência

A influência social pode ser descrita como a mudança no comportamento dos indivíduos causada por outros indivíduos (Zimbardo & Leippe, 1991). Estudos sobre a influência social incluem pesquisas sobre a conformidade e a obediência.

O conceito de conformidade social está relacionado com o da norma. A conformidade ao grupo é conformidade às normas do grupo e não aos membros do grupo, individualmente. As normas são, assim, materializadas em leis e regras de conduta, responsáveis pelas uniformidades do comportamento social (Hogg & Abrams, 1988), ou seja, diz-se que ocorreu conformidade quando os indivíduos modificam os seus comportamentos em função da influência de outras pessoas que não têm nenhuma autoridade coercitiva para solicitar ou forçar mudanças comportamentais (Milgram, 1974).

Reactividade é uma tendência para se afirmar a si mesmo, fazendo o oposto do que é esperado e assim resistir à pressão social. Quando alguém está tentar coagir pode levar o indivíduo a reagir na direcção oposta, assim a pressão social torna-se tão evidente que ameaça o seu senso de liberdade, é assim um motivo para proteger ou restaurar a liberdade, ou seja a reactividade é despertada quando a liberdade de acção está ameaçada. Quando as pessoas são privadas da sua sensação de exclusividade, elas são mais propensas a afirmar a sua individualidade pela não-conformidade. O indivíduo que tem uma opinião diferente da maioria unânime depara-se com um dilema. Por um lado, os seus sentidos (ou sistema de crenças) sugerem uma coisa, por outro lado, a situação social (a maioria) sugere algo bem diferente. Colocado em tal situação, ele experimenta o conflito, que é psicologicamente desconfortável (Moscovici, 1985). A alta pressão social leva a altos níveis de excitação. Aqueles que têm uma forte tendência para se conformar podem resolver o conflito, adoptando o ponto de vista da maioria,

outros menos propensos aos efeitos da influência social podem aumentar a sua atenção para o estímulo como um forma de resolver o conflito. Centrando-se sobre o estímulo, eles levam as suas mentes para fora da pressão social (Bordens et al, 2008).

Os primeiros estudos sobre a conformidade foram publicados por Asch em 1951, o objectivo foi estudar as condições sociais e pessoais que levam indivíduos a resistir ou a submeter-se a pressões colectivas, quando estas são percebidas contrárias a realidade, (ver tabela 5).

Tabela 5:

Estudos sobre a Conformidade Social

Autores	Objectivos	Conclusões
Asch (1951)	Instruía sujeitos para comparar o comprimento de uma linha com o de três linhas desiguais, ao longo de 18 tentativas. Cada membro do grupo apresentava em voz alta os seus julgamentos, sendo que havia membros que eram cúmplices e tinham sido instruídos para emitirem julgamentos erróneos, de forma unânime, o último membro do grupo, na realidade o objecto de pesquisa, via-se confrontado, por um lado, com a evidência não-ambígua fornecida pela sua percepção, e, por outro, com os julgamentos e os dados, não convergentes com essa evidência, feitos pela maioria do grupo.	Um terço das estimativas (32%) feitas pelos sujeitos mostrava erros idênticos aos da avaliação deformada da maioria. O resultado torna-se significativo comparando-o com o grupo de controlo no qual se verificou uma quase total ausência de erros. Em estudos subsequentes, Asch identificou o tamanho do grupo e a unanimidade como dois factores que influenciam a conformidade.
Bond & Smith (1996)	Realizaram uma metanálise para estimar se a conformidade depende do desenho de estudo, se é estável ao longo do tempo e se há diferenças entre as pessoas de diferentes culturas.	Descobriram que o nível de conformidade em todos os estudos era de aproximadamente de 29 %. Em segundo lugar, diversas variáveis de desenho do estudo tiveram um impacto significativo, quando o material era muito ambíguo a conformidade aumentava. A conformidade era maior se se o grupo fosse composto por membros internos. As mulheres também apresentaram maiores níveis de conformidade também nas sociedades colectivistas.

Adaptado de Torres, C. & Rebelo, E., (2011), *Psicologia Social: Principais temas e vertentes* (p.157). Porto Alegre: Artmed.

A pesquisa de Asch demonstrou a existência de uma forte pressão à conformidade, mas, mesmo uma breve reflexão sugere que o cumprimento não acontece com a mesma intensidade em todas as situações. Pesquisas sistemáticas sugerem que muitos factores desempenham um papel importante na conformidade, tais como: 1) Coesão, que pode ser definida como o grau de atracção que sentem os indivíduos que fazem parte de um grupo. Quando a coesão é alta há amplificação à conformidade porque é uma forma de obterem aceitação por parte do grupo. Quando a coesão é baixa a conformidade também tende a ser baixa. 2) um segundo factor que têm a tendência para a conformidade é o tamanho do grupo (quanto maior for o grupo maior será a tendência do individuo a seguir, mesmo que isso signifique comportar-se de maneira diferente do que queriam. 3) as normais sociais descritivas e normas sociais obrigadas (as normais descritivas são aquelas que simplesmente descrevem o que a maioria das pessoas fazem numa dada situação. Influência o comportamento das pessoas acerca do que é visto geralmente como adaptativo. Em contraste, as normas obrigadas especificam o que se fazer – é um comportamento aprovado ou desaprovado numa dada situação) (Baron & Byrne, 2005).

O método de Asch possibilitou o estudo da obediência sob diversas condições, permitindo identificar o efeito de alguns factores entre os quais se destacam o tamanho do grupo e *status* dos participantes do grupo. Enquanto conformidade é uma mudança no comportamento em deferência àqueles que não têm poder coercitivo, obediência é uma mudança de comportamento que ocorre em função de uma autoridade que tem esse poder (Milgram, 1974).

O conceito de autoridade tem importância fundamental no âmbito das ciências sociais, sendo um elemento fundamental na organização da vida social. A partir da perspectiva psicossocial, o uso da autoridade é uma forma de influência social (Kelman

& Hamilton, 1989; Levine & Pavelchak, 1984; Martin & Hewstone, 2003), que serve o propósito de manter as normas do grupo (controle social) ou alterar as normas do grupo (mudança social).

Assim, todo o tipo de vida colectiva é baseado num sistema de autoridade, que pode ser mais ou menos institucionalizado ou hierarquizado, sob as ordens de uma autoridade, parece que muitas pessoas respondem com obediência, apesar do seu desconforto sobre acções que normalmente considerariam ilegais, imorais, e até mesmo impensáveis (Kelman & Hamilton, 1989, cit in Passini & Morselli, 2009).

1.3.1 resistência à mudança nas organizações.

A resistência à mudança nas organizações é teoricamente e empiricamente um assunto controverso na psicologia das organizações, com o passar do tempo a definição de resistência à mudança nas organizações sofreu grandes alterações, no quadro seguinte irá ser apresentado essas mesmas transformações.

Tabela 6:

Definição e diferenças individuais relacionadas com a resistência à mudança nas organizações ao longo dos tempos

Autores	Definição
Lewin (1947)	A expressão “resistência à mudança organizacional” foi usada e definida pela primeira vez pelo psicólogo Kurt Lewin, defendeu que a resistência ocorreria quando um indivíduo ou grupo tentasse impedir o sistema de alcançar um novo patamar de equilíbrio. Desta forma, a resistência seria um fenómeno do sistema e não um fenómeno psicológico.
Coch & French (1948)	Consideraram que a resistência à mudança resultava de uma reacção individual à frustração, muitas vezes relacionada com a força indutora dos grupos com poder.
Lawrence (1978)	A mudança possui dois aspectos, sendo um do tipo técnico, que consiste na modificação das rotinas físicas de trabalho e outro do tipo social, que engloba as mudanças que alteram os relacionamentos do indivíduo na organização, o autor defende a resistência como reflexos dos aspectos técnicos e sociais.
Bauer (1991)	A resistência é uma maneira informal de expressar um conflito, são interesses de valores num processo da mudança que não são antecipados pelos gestores de mudança.

Judge et al. (1999)	<p>Judge et al. (1999) realizaram um estudo para verificar se o lidar com a mudança está relacionado com a predisposição psicológica dos indivíduos que a experimentam. Neste estudo eles verificaram que a gestão para lidar com a mudança organizacional é influenciada por sete características da personalidade, ou seja, sete traços disposicionais: locus de controlo, auto-eficácia generalizada, auto-estima, afectividade positiva, abertura à experiência, tolerância para a ambiguidade e aversão ao risco. Como consequência deste estudo, os autores desenvolveram uma escala de 12 itens para avaliar a resposta gerencial à mudança. Estas sete características foram reduzidas para dois factores denominados de autoconceito positivo e risco à tolerância e, se mostraram significativamente relacionados com o lidar com a mudança. Além disso, os resultados também revelaram que o lidar com a mudança organizacional também está relacionado com dimensões intrínsecas, como o comprometimento organizacional, satisfação no trabalho e com dimensões extrínsecas como o salário, plano de carreira e o desempenho do trabalho.</p>
Piderit (2000)	<p>A resistência compreende três dimensões: a cognitiva, a afectiva ou emocional e a comportamental ou intencional. A dimensão cognitiva refere-se às avaliações do indivíduo e as consequentes crenças sobre a mudança e os efeitos da mudança. Ou seja, consistem no que ele pensa (como, esta mudança é necessária? Será benéfica?). Essas avaliações e crenças podem ser positivas ou negativas, calmas ou extremas, ou mesmo, neutras.</p> <p>A dimensão afectiva ou emocional envolve sentimentos e emoções de um indivíduo na resposta à mudança (como revolta, ansiedade, medo), estes sentimentos podem ser neutros, positivos ou negativos.</p> <p>A dimensão comportamental ou intencional, refere-se a um plano ou resolução de tomar alguma acção, isto é, apoiar ou opor-se, com base em comportamentos passados ou intenções futuras de agir em relação ao objecto (mudança).</p>
Wanberg & Banas (2000)	<p>Wanberg e Banas (2000), verificaram que indivíduos resilientes foram os que mais aceitaram participar de uma mudança organizacional. Analisaram se, as variáveis de diferenças individuais (auto-estima, optimismo e controle, interpretadas como medidas de resiliência psicológica) e variáveis de contexto-específico (informação recebida sobre a mudança, auto-eficácia para lidar com a mudança, a participação nos processos de decisão da mudança, apoio social e o impacto das mudanças pessoais) são preditores da abertura à mudança de empregados. Verificaram que as variáveis de diferenças individuais e de contexto foram preditivas da abertura para a mudança. Além disso, os resultados mostraram que pessoas com baixos níveis de aceitação à mudança, apresentaram menos satisfação no trabalho, mais irritação e maiores intenções em sair do trabalho. Por outro lado, uma visão positiva em relação a mudanças, foi também associada a uma maior satisfação no trabalho, menos irritação e diminuição das intenções em sair do trabalho.</p>
Oreg (2006)	<p>Oreg (2006), verificou que as variáveis de contexto, o poder e prestígio, a segurança no trabalho, a influência social, a confiança na gerência, estão relacionadas também com a resistência à mudança. Já com os aspectos afectivos da resistência, a segurança no trabalho, a confiança na gerência e a influência social. Enquanto os aspectos cognitivos da resistência estão associados ao poder e prestígio, confiança na gerência. E com os aspectos comportamentais da resistência, encontram-se: a confiança na gerência e a influência social.</p>

Adaptado de Bortolotti, S. L.V., (2010), Resistência à mudança organizacional: Medida de avaliação por meio da teoria da resposta ao item. *Dissertação*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

A resistência à mudança tem sido reconhecida há muito tempo como uma resposta inevitável e um factor importante que pode influenciar no sucesso da mudança organizacional (Oreg, 2006). A maioria das sociedades industriais modernas valoriza a pessoa que está disposta e é capaz de iniciar e responder positivamente à mudança. Muitas vezes as organizações que tentam iniciar essas mudanças ficam frustradas devido aos indivíduos ou grupos dentro da organização que resistem às mudanças. No entanto, alguns indivíduos parecem resistir até mesmo a mudanças que estão em consonância com os seus interesses (Oreg, 2003).

Entende-se que o acto de resistir engloba inúmeras causas, e que esta não pode ser evitada, pois neste processo estão envolvidas pessoas com objectivos individuais, culturas diferentes, sentimentos e interesses diversos que irão afectar directamente a recepção do processo de mudança. Os factores de resistência à mudança foram analisados por Zaltman e Duncan (1977), sob o enfoque de barreiras cultural, social, organizacional e psicológica (ver tabela 7).

Tabela 7:

Barreiras à mudança e principais causas

Barreira	Causas
Cultural	Ideologias, heranças, relações sociais, interesses económicos, necessidades pessoais.
Social	Solidariedade entre os grupos, conformidade às normas, conflito entre grupos.
Organizacional	Estrutura organizacional, divisão de tarefas, diferenças hierárquicas, comportamento da alta administração, ausência de habilidades, técnicas para lidar com a tecnologia.
Psicológica	Percepção individual, homeostase, comprometimento, factores da personalidade.

Adaptado de Mainardi, J. M., (2012), Factores de Resistência à mudanças identificados em unidade do ensino superior: O caso da unidade descentralizada de educação superior da UFSM, em silveira martins, *Dissertação* (p.28), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

1.3.2 causas da resistência à mudança nas organizações.

Como podemos constatar tanto variáveis de ordem individual como factores de ordem organizacional compõem o cenário de possíveis causas da resistência à mudança organizacional (Oreg, 2006).

De acordo com Oreg (2006), as pessoas diferem umas das outras na sua inclinação interna para resistir ou adoptar alterações. Essas diferenças podem prever as atitudes das pessoas para mudanças específicas, tanto voluntárias e impostas. Pessoas com alta resistência disposicional à mudança, que é conceituada como um traço de personalidade estável, são menos propensas a incorporar voluntariamente mudanças nas suas vidas, e quando a mudança é lhes imposta são mais propensas a experimentar reacções emocionais negativas, como ansiedade, raiva e medo. Foram identificadas seis fontes de resistência que parecem derivar da personalidade do individuo, tais como: relutância em perder o controlo, a rigidez cognitiva, a falta de resiliência psicológica, a intolerância ao período de adaptação envolvidos na mudança, baixos níveis de estimulação e novidade e relutância em abandonar velhos hábitos (Oreg, 2003).

A perda de controlo tem sido enfatizada como a causa primária da resistência, isto é, os indivíduos podem resistir às mudanças nas organizações porque eles sentem que o controlo sobre a sua situação de vida é tirado deles com mudanças que são impostas a eles ao invés de ser por auto-iniciativa (Oreg, 2003). Desta forma, a resistência é gerada como uma protecção a si mesmo contra uma ameaça percebida, ou seja, vêem a mudança como uma ameaça em vez de uma vantagem, fazendo com que os factos tendam a serem menos significativos do que as crenças, suposições, conclusões e predições (Keneth, 1995).

Investigadores que examinaram os processos cognitivos subjacentes das pessoas com o traço de dogmatismo, são indivíduos caracterizados pela rigidez psicológica, e

por conseguinte, são menos capazes de se adaptarem a novas situações, ao nível das mudanças organizacionais (Oreg, 2003).

Outros investigadores sugerem que a mudança é um factor de stress e, portanto, a resiliência deve prever uma capacidade do indivíduo para lidar com a mudança, nesse caso, indivíduos menos resilientes são mais relutantes em fazer mudanças porque fazê-lo é a admitir que as práticas do passado eram desadaptativas e, portanto, mudar implica uma perda de identidade (Oreg, 2003).

Novas tarefas requerem aprendizagem e ajustamento, alguns indivíduos são mais dispostos e capazes de suportar este período de adaptação (Oreg, 2003). Um estudo descobriu que as pessoas inovadoras, geralmente, apresentam uma maior necessidade de novos estímulos (Goldsmith, 1984). É, portanto, razoável esperar que as pessoas que resistem à mudança que exibem uma necessidade mais fraca de novidades. Além disso, porque a mudança envolve muitas vezes um aumento na estimulação, aqueles que tem os níveis mais baixos de estimulação podem resistir à mudança (Oreg, 2003).

Vários teóricos organizacionais discutiram a relutância em abandonar velhos hábitos, como uma característica comum de resistência à mudança (Tichy, 1983; Watson, 1971). Alguns explicaram esta relutância, argumentando que "a familiaridade gera conforto" (Harrison, 1968; Harrison & Zajonc, 1970). Quando as pessoas encontram novos estímulos, respostas familiares pode ser incompatível com a situação, produzindo assim stress que depois se torna associado com o novo estímulo (Oreg, 2003). Relutância é a incapacidade que uma pessoa tem em desistir de velhos hábitos (Ringlein, 1994). Logo, quando os indivíduos encontram novos estímulos, respostas familiares podem ser incompatíveis com esta nova situação e, portanto, produz stress. A baixa tolerância para a mudança leva as pessoas também a resistirem à mudança porque temem que não possam lidar com circunstâncias novas, não familiares (Kotter &

Schlesinger, 1979). Essa intolerância pode ser também relativa ao período de ajuste envolvido na mudança. As pessoas podem resistir à mudança porque esta envolve mais trabalho, exige aprendizagem e ajuste no início (Kanter, 1989). Há indivíduos que têm mais disposição e são capazes de suportar o período de ajustamento, porém há outros que podem suportar uma mudança particular no princípio, mas podem ainda resistir por causa de sua relutância em encarar o período de ajuste solicitado (Oreg, 2003). Taylor (1988) confirma a importância da informação quando salienta que a resistência pode ser simplesmente por causa de um mal-entendido, devido à falta de esforços na comunicação e, por não entender o raciocínio ou a lógica da mudança. Desta forma falta a segurança e a confiança para aceitá-la.

1.3.3 teoria da reactividade psicológica.

Com a chegada e avanço das perspectivas da psicologia social, como a teoria da reactividade psicológica (Brehm, 1966), muitos teóricos têm adoptado uma visão de resistência como um processo que ocorre na interacção entre as pessoas. A teoria da reactividade psicológica é uma teoria da psicologia social desenvolvida por Jack Brehm, e é uma teoria motivacional (Bessarova, 2010).

A reactividade psicológica é uma forma motivacional que se activa quando os indivíduos percebem que a sua liberdade está a ser ameaçada ou eliminada (Dowd, 1993), no qual podem reagir de forma verbal ou comportamental a essa ameaça, ou seja, a teoria não faz nenhuma suposição sobre a resistência que está a ser despertada para adquirir a liberdade, mas refere-se exclusivamente a restabelecer a liberdade (Chadee, 2011), os indivíduos percebem os comportamentos ou pensamentos ameaçados como mais atraentes e desejam restabelece-los (Donnell et al, 2001). O indivíduo pode realizar directamente a conduta proibida, observando os demais a realizar a conduta proibida,

pode realizar uma conduta similar a conduta proibida ou pode agredir aquele que lhe proibiu a conduta (Dowd, 1993). Essa tentativa de recuperar a liberdade por envolvimento directo no comportamento proibido e, ocasionalmente, através do aumento da frequência do comportamento restrito, é um fenómeno que tem sido referido como o "efeito bumerangue" (Brehm & Brehm, 1981).

Alguns indivíduos apresentam maior tendência do que os outros para serem reactivos em relação às suas liberdades quando restringidas (Johnson et al, 2000). Deve-se salientar que os indivíduos não têm de realizar realmente a conduta proibida para diminuir os efeitos da reactividade, mas é necessário perceber o potencial da liberdade para realizá-la quando deseja (Dowd, 1993).

Brehm (1966) observa o seguinte sobre o comportamento humano: 1) a liberdade do comportamento é generalizada, 2) a liberdade é um aspecto importante na interacção humana e na vida, 3) os seres humanos são orientados para objectivos e para reflectirem sobre si mesmos e sobre o ambiente que os rodeia, de forma a avaliar o que, como e quando, eles vão realizar determinados comportamentos. Os seres humanos têm em consideração os seus desejos e necessidades, os perigos e os benefícios disponíveis à sua volta, e as formas em que podem realizar os vários fins. Muitas vezes, as pessoas assumem comportamentos quando não estão plenamente conscientes da lógica que impulsionam os seus comportamentos. Em outras ocasiões, os comportamentos são executados quando estão plenamente conscientes das limitações e da falta de liberdade na execução dos comportamentos, 4) na maioria do tempo os seres humanos sentem-se livres em participar numa variedade de comportamentos e 4) as pessoas têm um conjunto de comportamentos que se podem envolver. Esses comportamentos estão envolvidos, no passado, no presente, e serão envolvidos num futuro.

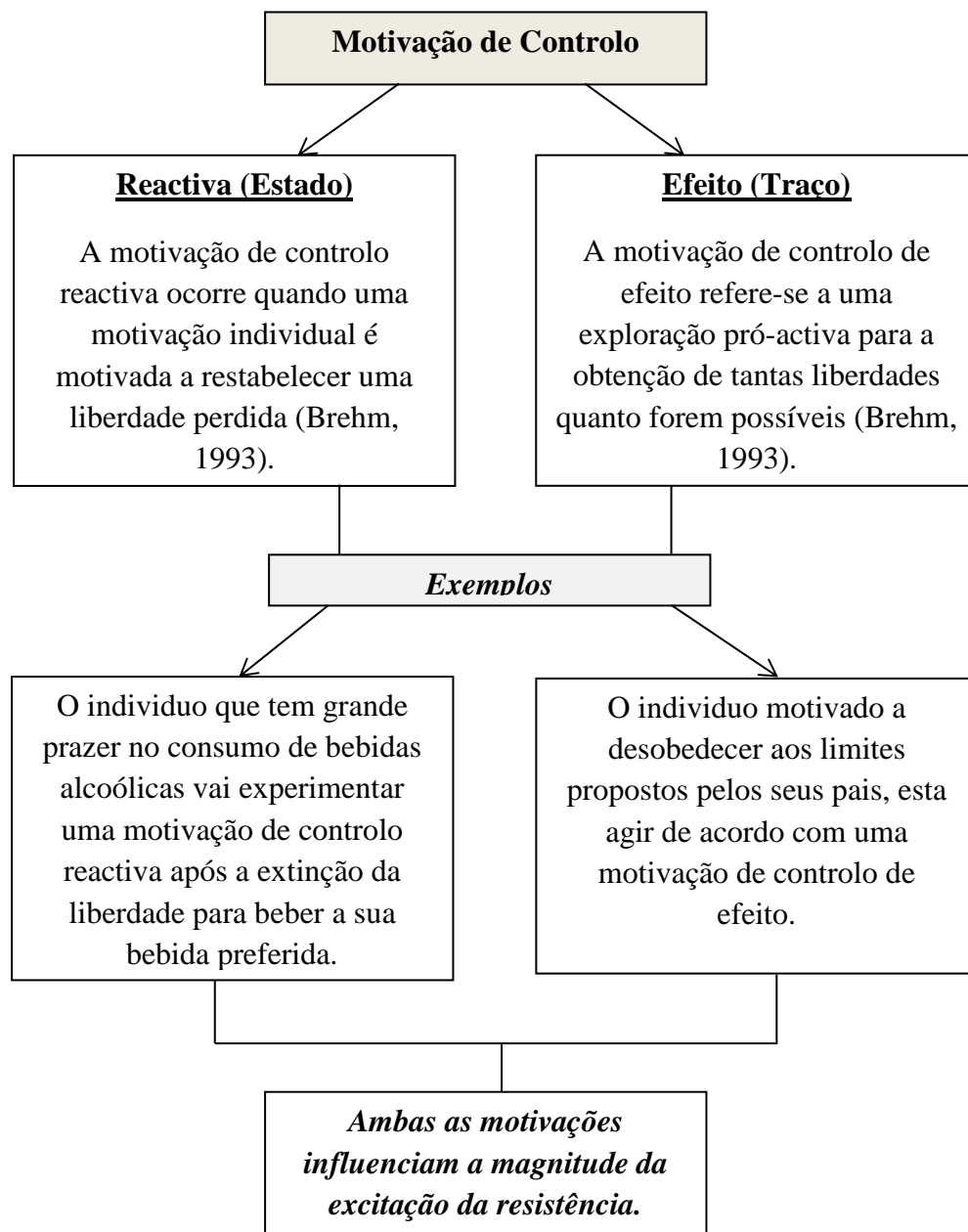
A liberdade é uma realidade subjectiva que é desenvolvida cognitivamente ao longo do tempo. Não é de estranhar, então, que existe uma variação considerável entre as crenças individuais e as liberdades específicas. Liberdades subjectivas dos indivíduos são derivadas pelas "experiências de vida, padrões culturais, bem como através dos seus comportamentos modelados em ambientes sociais e físicos (Brehm & Brehm, 1981).

As Liberdades podem ser absolutas ou condicionais. Liberdades absolutas estão disponíveis durante o presente e o futuro, em cada situação. Por exemplo, a liberdade do indivíduo fumar cigarros dentro da sua casa é uma liberdade absoluta. Pelo contrário, as liberdades condicionais são dependentes de um contexto. Para exemplo, a liberdade de um indivíduo em fumar num lugar restrito em certos ambientes: como dentro de um restaurante ou escritório (Chadee, 2011).

Nesta teoria Controlo e Liberdade são termos equivalentes. Controlo é referido como "a capacidade de atingir um resultado específico". Motivação de controlo é um estado interno destinado a recuperar o controlo sobre um resultado. De acordo com Brehm (1966), os indivíduos mantêm dois tipos de motivação de controlo, reactivos e de efeito (figura 3, pág 34). De acordo com esta teoria, uma vez que um determinado comportamento é percebido como dentro do seu controlo, considera-se um comportamento livre (Quick, 2005). Brehm (1966) identifica uma série de critérios para definir um comportamento como um comportamento livre. Estes incluem, os comportamentos que são praticamente possíveis de serem realizados, ou seja, o indivíduo tem de ter a capacidade física e psicológica para se envolver em tais comportamentos, e estar plenamente consciente de que pode participar nesses comportamentos. Tal consciência emerge das normas sociais, costumes e leis.

Figura 3:

Tipos de Motivação de Controlo



Adaptado de Quick, B. L. Quick, B. L. (2005), *An explication of the reactance processing model*. Doctoral Dissertation, Southwest Missouri State University, Texas, USA.

Para ocorrer a reactividade, o indivíduo acredita na posse (real ou percebida) de uma liberdade, a ameaça a esta liberdade cria excitação – resistência. Wicklund (1974)

afirma que a ameaça ocorre de várias formas, trata-se inclusive de ameaças com: influência social (uma pessoa ao exercer influência sobre a outra), barreira (uma condição que impede o acesso a um comportamento livre) e ameaças auto-impostas (parar de fumar ou restringir a ingestão calórica para perder peso). Uma pessoa pode apresentar resistência para cada tipo de ameaça, e algumas ameaças dentro de uma categoria podem provocar resistência. Uma vez que a ameaça está presente, alguma tentativa de restabelecer a liberdade ameaçada ou perdida é feita. Se a liberdade de comportamento de uma pessoa é reduzida ou ameaçada, o indivíduo torna-se motivado/excitado (cit in Seemann et al, 2008). Esta excitação, presumivelmente, vai ser direccionada contra qualquer perda de liberdade e ao restabelecimento de tudo o que já tinha sido liberdade perdida ou ameaçada (Rains et al, 2007).

Há uma série de factores que influenciam a magnitude da reactividade psicológica. Estes incluem a força da ameaça à sua liberdade, a presença de liberdade que emerge a partir da interrupção de comportamentos livres ou barreiras que impedem a sua expressão, a importância da liberdade na realização das necessidades e o grau em que as necessidades são fundamentais para a existência do indivíduo. Existe uma relação directa entre a reactividade e a importância da ameaça (Chadee, 2011), (ver tabela 8, pág.36).

Desta forma, a reactividade é moderada pela importância da liberdade. Em outras palavras, a ameaça por si só não produz reactividade psicológica. Por exemplo, as ameaças à liberdade de pouca importância, mesmo com as ameaças de alto nível, criam baixos níveis de excitação e nenhuma expressão da liberdade. No entanto, as liberdades de grande importância criam reactividade e uma excitação para expressar a liberdade ameaçada (Chadee, 2011).

Tabela 8:

Relação entre a Reactividade e a importância da ameaça

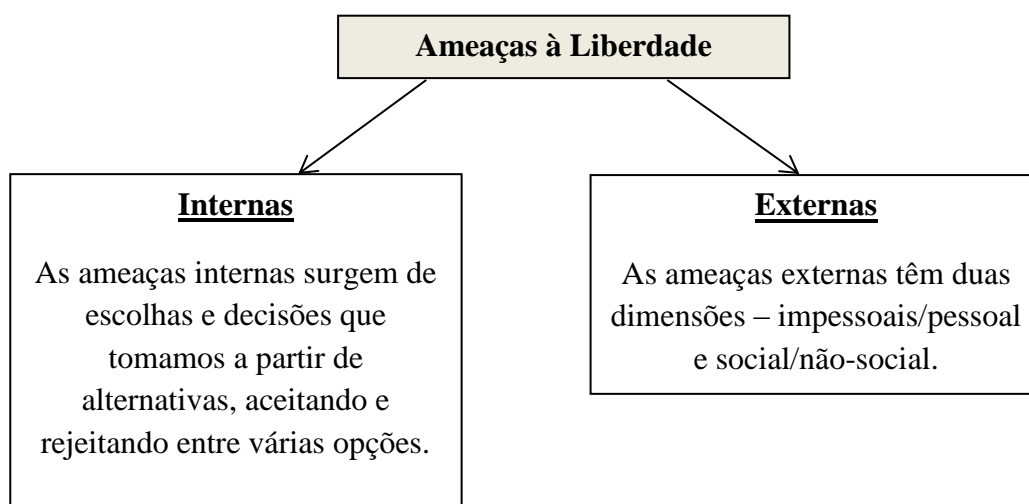
Alternativas de Escolha Igual Custo	Alternativas de escolha diferentes
As alternativas de escolha são de igual custo (a escolha de jantar em restaurantes semelhantes), a eliminação de uma alternativa ou da outra vai levar a reactividade relativamente ao mesmo grau de reactividade.	As alternativas de escolha não são de igual custo (a escolha de um jantar num restaurante ou computador de alta qualidade) e se a alternativa do computador for negada, a magnitude da reactividade psicológica seria muito maior devido à maior atractividade pelo computador.
Se um individuo é forçado a escolher entre duas alternativas sem valor não criará tanta reactividade psicológica como ser forçado a escolher entre alternativas diferentes.	

Adaptado de Chadee, D. ,(2011), Toward freedom: Reactance theory revisited. In: D. Chadee (ed.). *Theories in Social Psychology*, 13-43. New York: Blackwell Publishing.

Brehm e Brehm (1981) descrevem as ameaças à liberdade como externas ou internas, (esquema 4, pág 36).

Figura 4:

Ameaças a liberdade interna e externas



Adaptado de Quick, B. L. Quick, B. L. (2005), *An explication of the reactance processing model*. Doctoral Dissertation, Southwest Missouri State University, Texas, USA.

Esta teoria refere que qualquer força sobre o indivíduo faz com que seja mais difícil para ele exercer a liberdade, constituindo uma ameaça. O termo "ameaça" é sempre referido como uma intrusão à sua autonomia para escolher (Quick 2005).

Ameaças impessoais não são facilmente percebidas, ao contrário das ameaças pessoais nos quais motivos e intenções de ameaças podem ser identificadas pelo indivíduo e têm implicações para a percepção de ameaças futuras. Especificamente, ameaças pessoais levará a maiores implicações para futuras ameaças da mesma fonte por causa da possível interacção no futuro. Ameaças impessoais, no entanto, criam menos excitação de resistência, uma vez que não estão directamente focadas no indivíduo e, portanto, sem implicações para as ameaças futuras. Ameaças impessoais podem ser derivadas a partir de pessoas ou instituições que interagem ao nível pessoal, por exemplo, quem trabalha para uma grande empresa ou uma organização governamental. Uma ameaça impessoal de tal organização não é direccionado para um determinado indivíduo, mas qualquer ameaça à liberdade, terá consequências para os indivíduos na organização. No entanto, o termo pessoal, como Brehm e Brehm (1981) indica, não só se refere à interacção com outras pessoas conhecidas, mas pode ser aplicada à interacção frequente com uma entidade / pessoa (Chadee, 2011).

Outra dimensão da ameaça que Brehm e Brehm (1981) identificam, é a dimensão social contra não social. No entanto, eles também têm a visão de que a dimensão não social existe em graus, uma vez que os seres humanos são sociais e a resistência emerge da interacção social, e não haverá interpretações sociais de dimensões não-sociais. Estudos que consideram a dimensão social expõem assuntos a uma situação socialmente ameaçadora (por exemplo, um indivíduo quando ameaça directamente a liberdade do outro) (Chadee, 2011).

Segundo Brehm, as pessoas são conscientes e sentem que têm a capacidade de realizar ou participar de um conjunto de acções ou comportamentos livres no presente e no futuro, sem restrição ou interferência do ambiente e de outros. Além disso, esses comportamentos livres podem, de acordo com a sua capacidade satisfazer determinadas necessidades. A força da reactividade psicológica manifesta-se numa relação positiva entre o grau de ameaça e a importância desse comportamento. Basicamente, uma ameaça para a liberdade não apenas aumenta a atractividade da liberdade, mas as tentativas de exercer a liberdade. A liberdade pessoal (assim como, a ameaça a essa liberdade) são de natureza cognitiva, a reacção a uma liberdade ameaçada pode ser diferente para cada ameaça (Grandpre et al, 2003).

Deste modo, a reactividade refere-se à motivação para o controlo e em vez da motivação para atingir, ou seja, a reactividade provem de uma motivação para atingir ou voltar obter o controlo de si mesmo e controlar as situações. Desta maneira, a expressão de resistência pode estar determinada, ao menos em parte, pela perda percebida do controlo. Embora a resistência inicialmente se considerou como uma função da situação em vez da pessoa, investigações recentes mostraram que os indivíduos podem adiar a sua tendência a expressar a resistência (Dowd, 1993).

É importante referir que a noção de liberdade trata-se de realidades concretas de comportamento onde se incluem acções, emoções e atitudes, ou seja, o individuo só tem liberdade quando têm conhecimento dele mesmo e percebe que é capaz de adoptar um comportamento. Desta forma, existem quatro elementos essenciais que se destacam na teoria da reactividade, que são: 1) Liberdade (escolha para fechar a janela ou não), 2) Ameaça à Liberdade (pedido do colega) 3) Resistência (raiva e cognições negativas) 4) Restauração da Liberdade (não fechar a janela ou mesmo abri-la um pouco mais) (Dillard et al, 2005).

Em suma, ao explicar a natureza preditiva da resistência, Brehm (1966) fundamentou quatro princípios teóricos testáveis (tabela 9, pág.39).

Tabela 9:

Princípios teóricos testáveis de Brehm sobre a Reactividade

1º Pressuposto	A resistência é obtida somente quando os indivíduos estão conscientes de uma liberdade existente e sentem-se competentes nas suas capacidades de executar o comportamento.
2º Pressuposto	Uma liberdade ameaçada e maior a pressão coercitiva exercida sobre o indivíduo a adoptar uma posição, maior será a magnitude de resistência experimentada.
3º Pressuposto	A resistência aumenta proporcionalmente ao número de ameaças.
4º Pressuposto	Quando os indivíduos percebem uma maior pressão para adoptar uma posição especial, aumenta a resistência.

Adaptado de Brehm, J. W., (1966), *A theory of psychological reactance*.

London: Academic Press.

Assim, reactividade psicológica refere-se aos sentimentos negativos que as pessoas experimentam quando percebem que alguém está a tentar restringir a sua liberdade pessoal (Brehm, 1966).

1.3.4 comunicação e linguagem persuasiva.

A teoria da reactividade psicológica explica que a comunicação persuasiva às vezes é vivida como uma ameaça potencial para a liberdade (Brehm & Brehm, 1981), é determinada pela medida em que a mensagem é percebida como uma ameaça à liberdade de escolha e pela reconciliação do indivíduo com o seu comportamento para com o comportamento recomendado (Albarracin, Cohen, & Kumkale, 2003). Ou seja, quando as pessoas são objecto de persuasão, elas são direccionados para realizar um

comportamento específico ou adoptar uma atitude. Em resposta às mensagens persuasivas, as pessoas podem cumprir e adaptar o seu comportamento ou atitude na direcção desejada. No entanto, as pessoas também podem experienciar resistência, o que poderia levar ao oposto do comportamento pretendido. As pessoas tornam-se resistentes quando experimentam uma mensagem persuasiva como uma ameaça à sua autonomia, conseqüentemente, eles sentem vontade para defender a sua autonomia e fazer o oposto do que quer que a mensagem persuasiva diga-lhes para fazer (Brehm, 1966).

De acordo com esta teoria, as tentativas persuasivas podem falhar se elas são experimentadas como interferência na autonomia das pessoas. Por exemplo num estudo realizado por Grandpre e colegas (2003), descobriram que adolescentes que tiveram mensagens explícitas contra o tabagismo mostraram mais resistência e incentivou mais o seu comportamento para fumar, do que quando esses adolescentes tiveram mensagens implícitas (que não contêm nenhuma intenção clara) contra o tabagismo. Na condição de participantes pró-fumadores aconteceu o oposto, ou seja, os participantes recusaram-se a fumar quando foram confrontados com uma mensagem explícita para fumar um cigarro. Assim, ter restrições de mensagens explícitas pode representar uma ameaça à liberdade para adolescentes que fumam, pois eles podem perceber essas restrições como infringindo os seus direitos. A partir deste resultados, deve-se considerar a formulação da mensagem quando se quer transmitir uma mensagem persuasiva.

Miller et al (2007) realizaram um estudo onde os insights fornecidos nos processos subjacentes levam à resistência. Esta investigação concluiu que mensagens altamente controladoras (por exemplo utilizando palavras como, “deve”; “deveria”; “necessidade”) são muito directivas e claramente mostra as intenções da fonte, deixando o individuo sem escolha. E uma mensagem com controlo baixo (por exemplo, “poderia”, “pode”, “poderá”) dá oportunidade ao individuo de escolher. Assim a

mensagem fornecida com baixo controlo provou-se possível de não ocorrer resistência, mas quando é uma mensagem de alto controlo pode resultar em resistência e o cumprimento será fracassado. Ou seja, a linguagem controladora é caracterizada por ser explícita em pressões ou tentativas de controlar o público em conformidade da mensagem.

Tendo em conta estas investigações, sugerem que com determinados públicos, as mensagens percebidas que ameaçam a própria liberdade de escolha, como mensagens que contenham ameaça-a-escolha ou linguagem explícita, são mais propensas a serem ineficazes em relação as mensagens não ameaçadoras.

1.3.5 autocontrolo e resistência às mensagens persuasivas.

Resistir a uma influência persuasiva é muitas vezes um trabalho árduo. É preciso ter não só um desejo de resistir, mas também manter a força de vontade em relação a uma alternativa tentadora. Assim, em muitas circunstâncias, pode ser mais fácil deixar-se persuadido do que seria de resistir. Isto sugere que resistência à persuasão é uma acção dirigida a objectivos e, mais especificamente, que requer o autocontrolo de recursos (Baumeister, Bratslavsky, Muraven & Tice, 1998). Ou seja, a resistência não é simplesmente um processo cognitivo que ocorre sob condições específicas. Resistência à persuasão é também uma resposta que ocorre quando uma pessoa é suficientemente motivada a ir contra um agente de influência. Se a resistência é, uma acção dirigida a objectivos de esforço, é provável que exige autocontrolo. O autocontrolo é visto como a inibição activa de respostas indesejáveis que possam interferir na realização dos objectivos desejados (Vohs et al, 2005).

A capacidade de exercer autocontrolo actua como um recurso limitado (Baumeister, Bratslavsky, Muraven & Tice, 1998), uma pessoa que exerce autocontrolo

na procura de um objectivo pode ser menos capaz de exercer o autocontrolo pouco tempo depois. Por exemplo, um homem que está a fazer dieta, vamos supor que ele encontra um bolo de chocolate tentador, e por isso seria necessário alguma contenção para resistir a comer um pedaço de bolo. Pesquisas sobre o autocontrolo prevê que este indivíduo teria um tempo mais difícil de recusar esta bolo se ele recentemente exerceu autocontrolo em comer uma salada indesejada (esgotando, assim, autocontrolo de recursos) (Burkley, 2008).

O autocontrolo de recursos desempenham um papel vital no processo de resistência quando as pessoas têm falta de autocontrolo de recursos, a sua capacidade de resistir à persuasão será diminuído e as suas atitudes serão abertas a mudar. (Vohs et al, 2005).

1.4 Abordagens Neurobiológicas sobre a Reactividade em adolescentes

A adolescência é o período entre a infância e a idade adulta abrangidos por mudanças no desenvolvimento físico, psicológico e social (Ernst et al., 2006).

É também um momento de aumento da reactividade psicológica e um período em que os sintomas de muitas perturbações psiquiátricas manifestam-se (por exemplo, depressão e ansiedade). Durante este período, o ambiente social está a mudar de tal forma que o tempo é gasto com os seus pares e menos com adultos, desta forma surgem conflitos entre o adolescente e os seus pais (Csikszentmihalyi et al, 1977).

Essas mudanças nas interações sociais podem influenciar o aumento da reactividade psicológica. Maior reactividade psicológica e sensibilidade durante a adolescência podem desempenhar um papel na maior incidência de aparecimento de desordem afectiva e vício durante esse período de desenvolvimento. Desenvolvimento do adolescente normal pode ser interpretado como a coordenação de emoções e

comportamento no ambiente social e intelectual, bem como o desenvolvimento de psicopatologia durante a adolescência pode ser vista como resultante de uma dificuldade em equilibrar esses factores (Steinberg, 2008, cit in Casey, 2008).

A Perturbação de Oposição (PO), como descrito no DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2002), encontra-se inserida nas Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção, que se situa numa parte das perturbações de primeira e segunda infância ou da adolescência. Para ser diagnosticado comportamento de oposição em crianças ou adolescentes, o comportamento deve durar pelo menos há seis meses e a ocorrência frequente de no mínimo, quatro dos seguintes sintomas: perde a calma, frequentemente discute com os adultos, muitas vezes desafia ou recusa cumprir com os pedidos ou regras dos adultos, aborrece deliberadamente as outras pessoas, culpa os outros pelos seus próprios erros ou mau comportamento, susceptibiliza-se ou é facilmente molestado pelos outros, sente muitas vezes raiva ou está ressentido e mostra-se rancoroso e vingativo.

Desta forma, refere-se a um padrão de desenvolvimento na infância com níveis inadequados, com comportamentos negativistas, desafiadores, desobedientes e hostis para com as figuras de autoridade, muitas vezes com comprometimento na vida social. Estes comportamentos estão quase sempre presentes em casa e reflectem-se nas relações que a criança mantém com os membros da família (Greene, Ablon e Goring, 2003).

A Perturbação de Oposição é diagnosticada independente, no entanto apresenta comorbilidade com a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperactividade e com a Perturbação de Comportamento.

Na última década assistiu-se a um notável aumento importante de estudos sobre a neurobiologia da Perturbação Oposição e, em crianças e adolescentes (Serra-Pinheiro et al, 2004).

Segundo Matthys et al (2013), para existir um comportamento adaptativo social e de desenvolvimento é necessário um funcionamento adequado de três domínios mentais, tais como, as crianças precisam ser sensíveis aos sinais de punição (aprender a abdicar de comportamentos inadequados), sensibilidade para a recompensa (é uma condição pré-requisito para a aprendizagem de comportamentos adequados e para a busca de prazer em recursos naturais que tenham recompensas).

Finalmente, para se comportar de forma adequada têm de haver controlo cognitivo relativamente às emoções, pensamentos e comportamentos.

Na tabela 10 (p.45), irá ser explicado os três domínios no desenvolvimento da perturbação de oposição, segundo uma perspectiva neurobiológica, estes três domínios mentais e substratos neuronais foram apresentados separadamente, mas estes domínios e as suas bases neuronais estão intimamente interligados.

Tabela 10:

Domínios no desenvolvimento da Perturbação de Oposição

Domínios	Conclusões
Processamento da Punição	Estudos sobre o medo electrodermal condicionado, a reactividade do cortisol ao stress, a serotonina e a neurotransmissão noradrenalina, e, embora menos consistente, a função de amígdala indicam que a sensibilidade reduzida a estímulos aversivos e à punição desempenham um papel importante no desenvolvimento da Perturbação de Oposição e Perturbação do Comportamento.
Processamento da Recompensa	Estudos sobre o Sistema Nervoso Autónomo sugerem relação da hipersensibilidade para a recompensa e diminuição da função dopamina, que pode estar associado à redução da importância dos estímulos ambientais e à Perturbação de Oposição e Perturbação do Comportamento. Estes factores tornam os adolescentes mais vulneráveis para a estimulação / emoção / sensação ou busca pela recompensa, o que pode manifestar-se em comportamentos anti-sociais e delinquentes. Além disso, a procura de recompensa pode tornar adolescentes com estas duas perturbações vulneráveis para o abuso de substâncias. Substâncias têm efeitos de recompensa muito maiores do que recompensas naturais tais como comida e sexo, desta forma, aumentam o incentivo dos estímulos associados no ambiente através dos seus efeitos sobre a neurotransmissão da dopamina. A reduzida sensibilidade à recompensa e um funcionamento deficiente do córtex orbito-frontal pode também resultar no comprometimento da aprendizagem estímulo-reforço apropriada em crianças e adolescentes com Perturbação de Oposição e Perturbação do Comportamento. Finalmente, o disfuncionamento no córtex orbito-frontal na Perturbação do Comportamento pode estar associado a agressão reactiva devido a anormalidades em cálculos da expectativa de recompensa.
Controlo Cognitivo	O controlo cognitivo comprometido sobre o comportamento emocional na Perturbação de Oposição e Perturbação do Comportamento pode resultar numa agressão reactiva e sintomas perturbadores descontrolados relacionados (por exemplo, à perda de temperamento). Além disso, o processamento comprometido relativamente à punição e sugestões no córtex órbito-frontal leva à representação prejudicada de informações sobre expectativas de reforço, no qual aumenta o risco de uma tomada de decisão deficiente. Assim, as crianças e adolescentes com ambas as perturbações não escolhem aproximarem-se de objectos associados à recompensa e evitam aquelas acções associadas a punição, mas em vez disso escolhem prejudicar os outros.

Adaptado de Matthys, W.; Vanderschuren, L.J.M.J. & Schutter, D.J.L.G, (2013), The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, *Development and Psychopathology* (p. 193–207).

1.5 Resistência Estado e Traço

A descrição de Brehm (1966) sobre a resistência estava associada a sentimentos, incluindo hostilidade e agressividade após a exposição a um agente ameaçador. Brehm e Brehm (1981) explicaram que resistência psicológica estado não podia ser medida. Isto é, não podia ser medida directamente porque defendiam como um estado motivacional que é a consequência de uma ameaça à autonomia. No entanto, num estudo recente realizado por (Dillard & Shen, 2005), propôs uma perspectiva conceitual diferente para torná-la mensurável. Especificamente, estes investigadores interessados na natureza da resistência descobriram que a resistência estado é composta por duas variáveis, raiva e cognições negativas, a raiva e as cognições negativas são melhor explicadas como duas construções inseparáveis (Quick et al, 2008). Dillard e Shen (2005) afirmaram que a resistência estado deve capturar o cognitivo e as dimensões afectivas desse estado aversivo. O primeiro passo ocorre quando um indivíduo percebe a ameaça à sua liberdade. O segundo passo é a resposta a essa ameaça, onde que a resposta é uma combinação de raiva e cognições negativas.

Tabela 11:

A Resistência Estado segundo Brehm e Brehm (1981) e Dillard & Shen, (2005)

Autores	Conclusões
Brehm & Brehm (1981)	Resistência foi proposta para ser um estado motivacional que surge como resposta a ameaças ou à limitação de liberdade, no qual não pode ser mensurável.
Dillard & Shen (2005)	Dillard & Shen (2005) propôs uma alternativa, em que a resistência é operacionalizada como um composto de auto-relato de índices de raiva e cognições negativas. Chegaram a conclusão que a resistência é: Cognitiva e Afectiva. Em termos de modelagem de equações estruturais, cognição e raiva são factores separados, no entanto, ambos os processos juntos são indicadores de resistência.

Adaptado de Quick, B. L. & Stephenson, M. T., (2007), Further evidence that psychological reactance can be modeled as a combination of anger and negative cognitions. *Communication Research*, 34, 255.

Investigadores prevêm a raiva como a exposição de um obstáculo que interfere com os objectivos, ofensas contra si mesmo, ou actos inadequados para com os amigos e familiares. Semelhante a outras emoções, a raiva é muitas vezes curta, intensa e dirigida a uma fonte externa; frustrado em resposta a um objectivo (Quick et al, 2007).

Pacientes que indicam um alto nível de resistência tipo estado: têm dificuldade em compreender ou em seguir instruções, são relutantes em aceitar algo que é evidente para o terapeuta, parecem fechados a novas experiências, reagem às sugestões de uma forma passivo-agressiva, começam a chegar atrasados ou a evitam encontros, expressam medo de que o terapeuta esteja a tentar-se aproveitar-se deles, começam a defender vigorosamente um ponto de vista e não aceitam outras posições, protestam/resmungam e ficam zangados (abertamente) com o terapeuta (Beutler & Harwood, 2001).

Pesquisadores têm debatido sobre se a resistência é melhor interpretada como um estado ou um traço (Brehm & Brehm, 1981; Hong & Page, 1989).

Os indivíduos com traços de resistência são propensos a experimentar o estado de resistência, devido à sua forte necessidade de independência e autonomia, de confronto comportamental e rebeldia e uma tendência a resistir à autoridade em geral (Quick et al, 2009), ou seja, a resistência está associada positivamente com certas variáveis da personalidade, tais como independência, autonomia e dominância, enquanto é negativamente com a tolerância e a sociabilidade (Chappa, 2008).

Mas, os indivíduos podem variar na sua tendência a ser resistente, com o primeiro pico por volta dos 2 anos de idade (ou seja, durante os "terríveis dois anos" (Brehm & Weintraub, 1977), o segundo durante a adolescência (Hong, Giannakopoulos, Laing & Williams, 1994) e, possivelmente, o terceiro ocorrido durante o início da fase adulta (cit in Miller, 2009).

Tabela 12:

Estudo de características de Personalidade em indivíduos com grandes níveis de Resistência Psicológica

Autores	Instrumentos	Características
Dowd & Wallbrown (1992)	Questionnaire Measuring Psychological Reactance (QMPR)	Agressivos Exibicionistas Dominantes Impulsivos
	Therapeutic Reactance Scale (TRS)	Defensivos Autónomos Rápidos a sentirem-se ofendidos Défices nas relações com os outros Solitários
	Personality Research Form (PRF)	Altos níveis de confiança nas suas crenças e orientação para atingirem as suas metas
	Questionnaire Measuring Psychological Reactance (QMPR)	Menos tolerantes Resistem às regras Não se preocupam com deveres e obrigações
Dowd, Yesenosky, Wallbrown & Sanders (1992)	Therapeutic Reactance Scale (TRS)	Dificuldade para cumprir tarefas Têm uma boa opinião de si mesmo
	California Psychological Inventory – Revised (CPI-R)	

Adaptado de Dowd, E. T., (1993), Motivacional and personality correlates of psychological reactance, *Psicologia Conductal* (p. 145-156).

Factores associados com a liberdade de escolha, a conformidade, a liberdade de comportamento e a resposta a um conselho, fundamentam essa abordagem para resistência como traço (Grandpre et al 2003).

Pacientes que indicam um alto nível de resistência tipo traço: expressam frequentemente ressentimento pelos outros, parecem esperar que os outros se aproveitam dele, tendência a serem controladores e exigente nas relações íntimas,

desconfiam e suspeitam das intenções dos outros, expressam ressentimento por não ter as oportunidades/vantagens que os outros têm, por várias vezes desrespeitam as regras, gostam de competição, fazem o contrário daquilo que é esperado quando sentem que os outros o tentam controlar, resistem e tem dificuldades em lidar com quem faz as regras ou com figuras de autoridade e ficam mais satisfeitos quando são o responsável (Beutler & Harwood, 2001).

Burgoon, Alvaro, Grandpre & Voloudakis (2002), a resistência é maior entre os indivíduos que têm independência e valores autónomos, no qual sentem que os seus comportamentos estão a ser atacados ou desafiados, e acreditam que eles são competentes e bem informados o suficiente para fazerem as suas próprias decisões sobre a vida.

Shoham, Trost & Rohrbaugh (2004), a resistência é mais provável ocorrer num ambiente clínico para pessoas com problemas de comportamento volitivas (por exemplo, beber, fumar) em relação aos comportamentos incontroláveis (por exemplo, pânico, perturbação obsessiva-compulsiva).

Miller & Quick (2010), encontraram alto traço de resistência nos indivíduos que estavam mais inclinados a usar tabaco e a envolverem-se em comportamentos sexuais de risco, do que as pessoas com traço de baixa resistência. O desejo dos indivíduos com alto-traço resistente para se envolver em comportamentos doentios é exacerbado pela sua necessidade de independência. Indivíduos altamente resistentes são considerados mais resistentes a tentativas persuasivas. Há evidências de que resistência está associada positivamente com a intenção de se envolver em comportamentos pouco saudáveis (Quick et al, 2009).

Estes resultados indicam que as características da personalidade do individuo psicologicamente reactivo, inclui estar mais interessado em ser ele mesmo do que

causar uma boa impressão aos demais, é menos tolerante em relação aos outros, resiste às regras, aos regulamentos e à conformidade, é auto-suficiente e com recursos, não se preocupa com os deveres e obrigações e têm dificuldades em realizar tarefas, tem uma boa opinião sobre si mesmo, forte impulso em fazer bem naquelas situações que fomentam a iniciativa e a liberdade individual, mas não em lugares com expectativas e regras restritas. Estes indivíduos podem ser líderes eficazes e vigorosos (Dowd, 1993).

A literatura, com poucas exceções, pinta um retrato negativo do perfil de personalidade de uma pessoa psicologicamente reagente, que é visto como anti-social, baixa em desejabilidade social, incapaz de fortes relações com seus pares, isolado, independente, agressivo, que não são facilmente confiante, dominante e preocupado com um futuro incerto (Chadee, 2011).

Em suma, a maior parte das pesquisas parece concluir que a resistência é melhor representada como uma variável de diferença individual ao invés de um resposta transitória a uma situação ou estado situacional (Miller, 2009). Por resistência situacional, referimo-nos a um estado de excitação motivacional para reagir negativamente a ameaças específicas, como à própria liberdade de se envolver em algum comportamento: por exemplo, parar de fumar ou restrições ao comportamento de fumar (Eagly & Chaiken, 1993). Por resistência traço, geralmente referem-se à tendência das pessoas para reagir negativamente em relação a qualquer tipo de ameaças à sua liberdade comportamental (cit in Wium, et al 2009).

1.6 Mensuração da Reactividade e da Resistência

Desde a sua génese, a reactividade psicológica foi concebida como resultante de factores situacionais, portanto, as medidas eram coerentes com reactividade psicológica como um fenómeno estado. Na tentativa de estudar a reactividade, investigadores

criaram situações experimentais de liberdade de ameaça para despertar reactividade psicológica. Brehm (1966) escreveu sobre as implicações da teoria da reactividade para a área da psicologia social, devido à sua preocupação com a mudança do comportamento. No entanto, refere-se à teoria da reactividade como um estado motivacional que é originária a partir de factores situacionais. A construção de reactividade mais tarde foi modificada para ter em consideração o contexto clínico, então a reactividade, foi conceituada como um traço de personalidade (Chadee, 2011).

De acordo com Brehm e Brehm (1981), a reactividade psicológica não pode ser medida directamente porque é um estado motivacional que resulta de uma liberdade ameaçada (Roubroeks, 2009). Mas, como a teoria da reactividade psicológica cresceu em popularidade, investigadores demonstraram que a resistência poderia ser medida, mais importante, ofereceu operacionalizações para orientar futuras pesquisas (Quick, 2012).

Medindo como resistência traço, é uma valiosa contribuição para as ciências sociais e clinicas. Depois de mais de uma década da medição resistência traço, os investigadores são capazes de identificar indivíduos que são propensos a experienciar resistência (Quick, 2005).

Assim, hoje o problema não é mais como medir a resistência mas sim seleccionar a melhor medida (Quick, 2012).

As qualidades psicométricas da Escala de Resistência Psicológica de Hong têm sido avaliadas por diferentes investigadores, em diversos contextos e países, no quadro seguinte irá ser apresentado uma tabela síntese com esses mesmos estudos.

Tabela 13:

Síntese dos vários estudos que avaliaram as características psicométricas da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

Autores	Amostra	País	Itens	Factores	α
Hong & Page (1989)	(N=257) Estudantes Universitários	Austrália	14	4	($\alpha = .77$)
Hong (1992)	(N= 462) 19 a 40 anos da população geral	Austrália	14	4	($\alpha = .81$)
Hong & Faedda (1996)	(N = 3.085) (população geral e universitária)	Austrália	14	4	($\alpha = .79$) Escala de 14 itens
			11		($\alpha = .75$) Escala de 11 itens
Thomas et al. (2001)	905 estudantes universitários	América	14	4	($\alpha = .81$) Escala de 14 itens
	539 estudantes universitários		11		($\alpha = .72$) Escala de 11 itens
Shen & Dillard (2005)	188/200 estudantes universitários	América	14	4	($\alpha = .75 / \alpha = .80$) Escala de 14 itens
	233 estudantes universitários		11		($\alpha = .79$) Escala de 11 itens

Adaptado de Brown; A. R.; Finney, S. J. & France, M. K., (S/D), Examining the Dimensionality of the Hong Psychological Reactance Scale, *Dissertation*, James Madison University.

No estudo de Hong & Page (1989) e de Hong (1992) os investigadores nomearam os nomes dos factores como: Liberdade de Escolha (4, 6, 8 e 10 itens), Resistência à Conformidade (1, 2, 3 itens), Liberdade Comportamental (11, 12, 13 e 14 itens) e Resistência a conselhos e recomendações (5, 7 e 9 itens). No estudo de Hong & Faedda (1996) os nomes dos factores foram alterados e definiram cada um deles como: Resistência à Conformidade (1, 2, 3 itens), Resistência à influência dos outros (11, 12 e 13 itens), Resistência a conselhos e recomendações (5 e 9 itens) e Resposta emocional para escolhas restritas (6, 7 e 8 itens).

A Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991) foi usada como uma medida da reactividade psicológica. Esta escala de 28 itens é composta por um resultado total (ERT: T), bem como de duas subescalas derivadas de factores de análise, que foram originalmente denominadas Verbal e Comportamental. A amostra original teve uma média de reactividade de 66.68, com um desvio padrão de 6.59, os índices de confiabilidade de consistência interna variaram de .75 a .84 (ERT: T), Uma segunda amostra numa outra instituição teve média de 68.87, com um desvio padrão de 7,19. Índices de consistência interna para a amostra original variaram de .75 a .84 (ERT: T), enquanto confiabilidade teste-reteste variaram .57 a .60. A escala possui validade convergente e divergente, afirmações gerais a respeito do comportamento de oposição verbal e comportamental, que são classificados numa escala de 4 pontos (tipo Likert), variando de concordo totalmente a discordo totalmente.

1.7 Objectivos e Hipóteses

O objectivo destes estudos empíricos foi avaliar as características psicométricas da versão portuguesa para adolescentes da Escala de Resistência Psicológica de Hong (Hong & Faedda, 1996) e da versão portuguesa para adolescentes da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991).

Testaram-se as seguintes hipóteses:

H₁ - O modelo da estrutura factorial portuguesa adequa-se aos dados de uma amostra de adolescentes portugueses da Escala Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996).

H₂ - O modelo da estrutura factorial portuguesa adequa-se aos dados de uma amostra de adolescentes portugueses da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991).

2. Metodologia

Este é um estudo instrumental que caracteriza-se pelo desenvolvimento de novos procedimentos, aparelhos, instrumentos ou provas, bem como a avaliação das suas características psicométricas (Montero & León, 2007).

2.1 Participantes

Os participantes neste estudo provêm de uma amostra de cinco agrupamentos de escolas diferentes na região Norte do País. Tendo em conta o facto de que foram conduzidos dois estudos para a avaliação das características psicométricas das duas escalas, ambas as escalas apresentam uma amostra total distinta.

No estudo da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica de Hong, participaram 1786 adolescentes, estudantes do ensino básico (6º,7º,8º e 9º anos) e do ensino secundário (10º, 11º e 12º anos), dos quais 94 pertencem à Escola A, 413 são da Escola B, 924 da Escola C e 355 da Escola D.

No seu conjunto, a amostra tem 952 participantes do sexo feminino (53,6 %) e 824 participantes do sexo masculino (46,4%), e 10 não identificados.

No que diz respeito às idades, estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com uma média de idades de 16 e desvio padrão de 1,74. Relativamente ao número de irmãos por parte dos participantes, existe uma média de 1 irmão e desvio padrão de 0,88, (ver tabela 14, pág.55).

Tabela 14:

Caracterização da amostra da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

	N	%	Min	Max	Média	DP
Escola						
Escola A	94	5.3				
Escola B	413	23.1				
Escola C	924	51.7				
Escola D	355	19.9				
Total	1786	100				
Sexo						
Feminino	952	53.3				
Masculino	824	46.1				
Missing	10	0.6				
Total	1786	100				
Idade	1786	100	12	18	16	1.74
Nº Irmãos	1767	98.9	0	7	1	0.88

Os participantes da Escala Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991) foram seleccionados a partir da amostra dos 1786 adolescentes, de uma análise onde foram identificados os alunos extremos (muito resistentes e pouco resistentes). Participaram no estudo da versão portuguesa da Escala de Resistência Terapêutica, 213 adolescentes, dos quais 71 são da Escola B, 86 da Escola C e 56 da Escola D. No seu conjunto, a amostra tem 129 participantes do sexo feminino (60,6 %) e 84 participantes

do sexo masculino (39,4%), e 10 não identificados. No que diz respeito às idades, estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com uma média de idades de 15 e desvio padrão de 1,74. Relativamente ao número de irmãos por parte dos participantes, existe uma média de 1 irmãos e desvio padrão de 0,92, (ver tabela 15, pág.56).

Tabela 15:

Caracterização da amostra da versão portuguesa da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)

	N	%	Min	Max	Média	DP
Escola						
Escola B	71	33.3				
Escola C	86	40.4				
Escola D	56	26.2				
Total	213	100				
Sexo						
Feminino	129	60.6				
Masculino	84	39.4				
Total	213	100				
Idade	213	100	12	18	15	1.84
Nº Irmãos	208	97.7	0	5	1	0.92

2.2 Instrumentos de Avaliação

A seguir, apresentar-se-á a descrição dos instrumentos que foram utilizados na avaliação dos participantes:

2.2.1 questionário de caracterização sociodemográfico.

Para obtenção das características sociodemográficas da população em estudo, foi aplicado um questionário específico, que incluiu: nome da escola, ano, turma, número, data de nascimento, número de irmãos, gênero, naturalidade e nacionalidade do participante, dados da mãe (idade, estado civil, grau de escolaridade, se está ou não empregada, profissão, se é ou não encarregada de educação) e os dados do pai (idade, estado civil, grau de escolaridade, se está ou não empregado, profissão, se é ou não encarregado de educação).

2.2.2 escala de resistência psicológica (Hong & Faedda, 1996).

A Escala de Resistência Psicológica de Hong utilizada na investigação é constituída por 14 itens agrupados em quatro factores que são: resistência à conformidade (itens 1, 2, 3 e 14), resistir à influência dos outros (10, 11, 12 e 13), resistência a conselhos e recomendações (5 e 9) e resposta emocional para escolhas restritas (4, 6, 7 e 8). Resistência à conformidade representa a tendência para resistir a situações quando têm de obedecer a regras ou a desejos de outras pessoas. Resistência à influência dos outros representa a tendência para resistir a situações em que os outros tentam controlar o comportamento de alguém. Resistência a conselhos e recomendações representa a tendência para resistir a situações em que conselhos e sugestões são dados por outras pessoas preocupadas com o que alguém deve fazer. Resposta emocional para escolhas restritas refere à tendência para resistir a situações de quando a alguém é incapaz de tomar decisões sem que alguém interfira (Hong & Faedda, 1996). Aos

participantes é pedido que indiquem em que medida sentem que cada item reflecte a sua experiência pessoal. Os itens são avaliados numa escala de 4 pontos, tipo Likert, variando desde do Discordo Completamente (1), Discordo (2), Não Concordo nem Discordo (3), Concordo (4) até Concordo Completamente (5), (Hong & Faedda, 1996).

2.2.3 escala de resistência terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991).

A Escala de Resistência Terapêutica é uma escala de auto-relato com 28 itens, que é composta por uma pontuação total (ERT: T) e de duas subescalas derivadas do factor de análise, identificadas como, Verbal (ERT: V) e Comportamental (ERT: C). Os itens a respeito do verbal e do comportamento de oposição, por exemplo" ("Se me dizem o que fazer, geralmente faço o oposto"; "Normalmente sigo os conselhos dos outros"). Estes estão classificados numa escala de 4 pontos, tipo Likert, desde do Discordo Totalmente (1), Discordo (2), Concordo (3) ou Concordo Totalmente (4). A Resistência Total é determinada pela soma de todos os itens (Dowd, Milne & Wise, 1991).

2.3 Procedimentos

2.3.1 recolha de dados.

Num primeiro momento, dirigimo-nos ao agrupamento de escolas, para contactar com os Conselhos Executivos, de modo a comunicamo-los do estudo que pretendíamos executar, do seu objectivo e da necessidade de procedermos à distribuição dos questionários dentro da sala de aula, com vista a obtermos dados que possibilitassem a realização do nosso estudo empírico. Após a análise por parte do conselho executivo de todos os agrupamentos de escolas, foi-nos dada autorização para procedermos à distribuição dos instrumentos na aula de Religião e Moral, para não

comprometer a aprendizagem dos alunos nas outras disciplinas, visto que alguns tinham exames nacionais nesse ano. A partir desse acordo, foi-nos fornecido os contactos dos professores da disciplina, de modo a comunicarmos o nosso estudo e a organizar o seu tempo para procedermos a distribuição dos questionários e do consentimento informado para ser entregue aos pais.

A distribuição dos instrumentos foi aplicada pelas mestrandas do Mestrado de Psicologia Clínica e presentes no local onde estavam as turmas de cada agrupamento, acompanhados das devidas instruções verbais (como, os objectivos e a natureza do estudo), em locais e condições semelhantes a todos os elementos da amostra.

2.3.2 análise de dados.

As análises estatísticas descritivas (tamanho da amostra, máximo, mínimo, média, desvio padrão e percentagem) foram analisadas através do programa estatístico SPSS - versão 20.0. A análise factorial confirmatória (AFC), realizou-se através do programa AMOS - versão 20.0.

Esta análise apresenta índices de qualidade de ajustamento que permitem avaliar o quão bem o modelo teórico é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas observadas na amostra sob estudo (Marôco, 2010).

Para uma melhor compreensão, a seguinte tabela 16 (pág. 60), reúne as estatísticas e índices de qualidade de ajustamento.

Tabela 16:

Estatísticas e Índices de qualidade de ajustamento com os respectivos valores de referência

Estatística	Valores de Referência	Macro AMOS Graphics
X^2 e p - value	Quanto menor, melhor; $p > 0.05$	\cmin; \p
X^2 / gl	> 5 – ajustamento mau]2;5] – ajustamento sofrível]1;2] – ajustamento bom ~ 1 – ajustamento muito bom	\cmindf
CFI	< 0.8 – ajustamento mau [0.8;0.9[– ajustamento sofrível	\cfi \gfi
GFI	[0.9;0.95[– ajustamento bom ≥ 0.95 – ajustamento muito bom	\tli
TLI		
PCFI	< 0.6 – ajustamento mau [0.6;0.8[– ajustamento bom	\pgfi
PGFI	≥ 0.8 – ajustamento muito bom	\pcfí
RMSEA	> 0.10 – ajustamento inaceitável	\rmsea
(I.C. 90%)]0.05;0.10] – ajustamento bom	\rmsealo90
e	≤ 0.05 – ajustamento muito bom	\rmseahi90
p-value (H^0 : $rmsea \leq 0.05$)	p-value ≥ 0.05	\pclose

Adaptado de Marôco, J., (2010), *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações* (p.51). Pêro Pinheiro: Report Number.

Como vimos na tabela, para avaliar adequabilidade do modelo utilizámos oito índices, desta forma irá ser explicado cada um deles (cit in Marôco, 2010):

X^2 (qui-quadrado), testa a probabilidade de o modelo teórico se ajustar aos dados; quanto maior este valor pior o ajustamento. Entretanto ele tem sido pouco empregado na literatura, sendo mais comum considerar a sua razão em relação aos graus de liberdade (X^2/gl), neste caso, valores até 3 indicam um ajustamento adequado.

CFI (Comparative Fit Index) compara de forma geral o modelo em estudo ao modelo nulo, considerando valores mais próximos de 1 como indicadores de ajustamento satisfatórios.

GFI (Goodness-of-Fit Index): indica a proporção de covariância, observada entre as variáveis manifestas, explicada pelo modelo ajustado. O valor deste indicador varia de 0 a 1, sendo que os valores na casa dos 0.80 e 0.90, ou superiores, indicam um ajustamento satisfatório.

TLI (Bentler-Bonett non-normal Fit Index) apresenta uma medida parcimônia entre os índices do modelo em estudo e do modelo nulo. Varia de 0 a 1, com índice aceitável acima de 0.90.

PCFI (Parsimony CFI) e PGFI (Parsimony GFI) ambos os índices são obtidos pela correcção dos índices relativos com um factor de penalização associado à complexidade do modelo. O objectivo dos índices de parcimónia é compensar a melhoria “artificial” do modelo que se consegue, simplesmente, por inclusão de mais parâmetros livres aproximando o modelo sob estudo ao modelo saturado. De uma forma geral, considera-se estes índices com valores acima dos 0.8 como indicadores de um bom ajustamento.

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) assume-se que o ideal de RMSEA situa-se entre 0.005 e 0.08, aceitando valores até 0.10.

O alpha de Cronbach (α) é uma medida da consistência interna de uma escala e é geralmente usado como uma estimativa da fiabilidade de um teste psicométrico para uma amostra de respondes. O α pode variar entre 0-1 tendo os valores de 0,6 e 0,7 como limite inferior de aceitabilidade (Pereira & Patrício, 2013).

3. Resultados

Através da análise factorial confirmatória da versão portuguesa para adolescentes da Escala de Resistência Psicológica de Hong (Hong & Faedda, 1996), obteve-se os seguintes índices de qualidade de ajustamento: $X^2 = 637.79$, $X^2/gl = 8.98$, CFI = 0.83, GFI = 0.94, TLI = 0.78, PCFI = 0.64, PGFI = 0.64 e RMSEA = 0.06 (tabela 17, pág.62).

Tabela 17:

Resultados da AFC da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

X^2	X^2/gl	CFI	GFI	TLI	PCFI	PGFI	RMSEA
637.79	8.98	0.83	0.94	0.78	0.64	0.64	0.06

Perante estes resultados, a razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade são insatisfatórios, bem como, o CFI e o TLI. Assim, foi necessário recorrer a um modelo de estrutura de 2º ordem para avaliar a adequação e criar o resultado total da resistência (Traço de Resistência). A distribuição dos itens pelas dimensões assemelha-se quase totalmente à estrutura proposta pelos investigadores Hong & Faedda (1996) e Shen & Dillard (2005), com excepção dos itens 11, 12 e 14 que foram excluídos devido ao facto de apresentarem saturação. No modelo de Hong & Faedda (1996) e Shen & Dillard (2005) os itens que apresentaram saturação são o 4, 10 e o 14.

Os resultados obtidos através da AFC, destacam os seguintes índices de qualidade de ajustamento (IQA): $X^2 = 287.79$, $X^2/gl = 7.37$, CFI = 0.91, GFI = 0.97, TLI = 0.87, PCFI = 0.64, PGFI = 0.57 e RMSEA = 0.06, (tabela 18, pág.63).

Tabela 18:

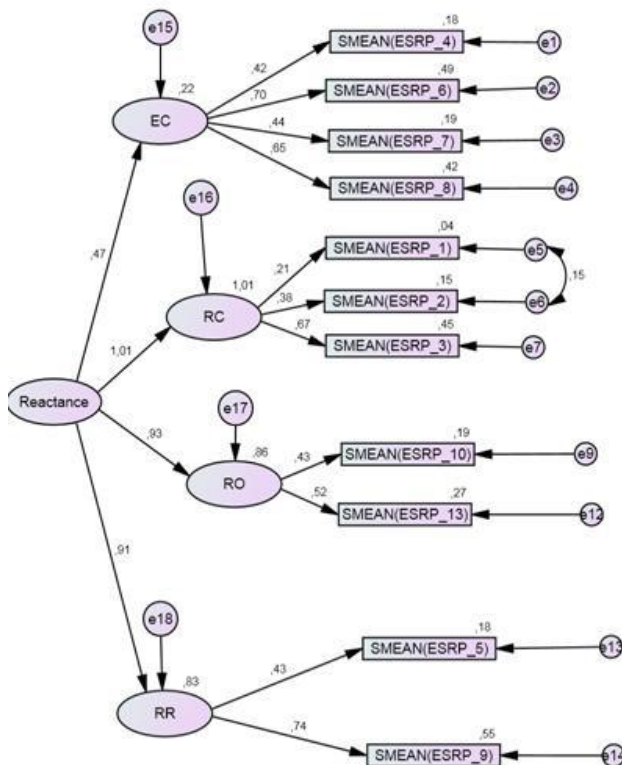
Resultados da AFC do modelo de 2º Ordem da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

X ²	X ² /gl	CFI	GFI	TLI	PCFI	PGFI	RMSEA
287.79	7.37	0.91	0.97	0.87	0.64	0.57	0.06

O modelo de segunda ordem ajustou-se adequadamente aos dados. Conclui-se que os três itens tinham uma carga não saliente, complicando a interpretação da estrutura dos factores 2 e 3, sendo assim, foram excluídos os itens 11, 12 e 14. A seguir, na Figura 5 (pág.63) é apresentada a estrutura factorial resultante (solução padronizada) dessa análise.

Figura 5:

Análise Factorial Confirmatória do Modelo de 2º Ordem da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)



A consistência interna foi também calculada para a escala total determinando o alpha de Cronbach e a média da versão portuguesa Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996) de 11 itens, (tabela 19, pág 64).

Tabela 19:

Consistência interna total na Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

	Alpha	M	Itens
Consistência Interna Total	0.71	33.89	11

Versão portuguesa para adolescentes da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991) tiveram os seguintes índices de qualidade de ajustamento: $X^2 = 153.66$, $X^2/gl = 1.85$, CFI = 0.90, GFI = 0.90, TLI = 0.87, PCFI = 0.71, PGFI = 0.62 e RMSEA = 0.06, (tabela 20, pág. 64).

Tabela 20:

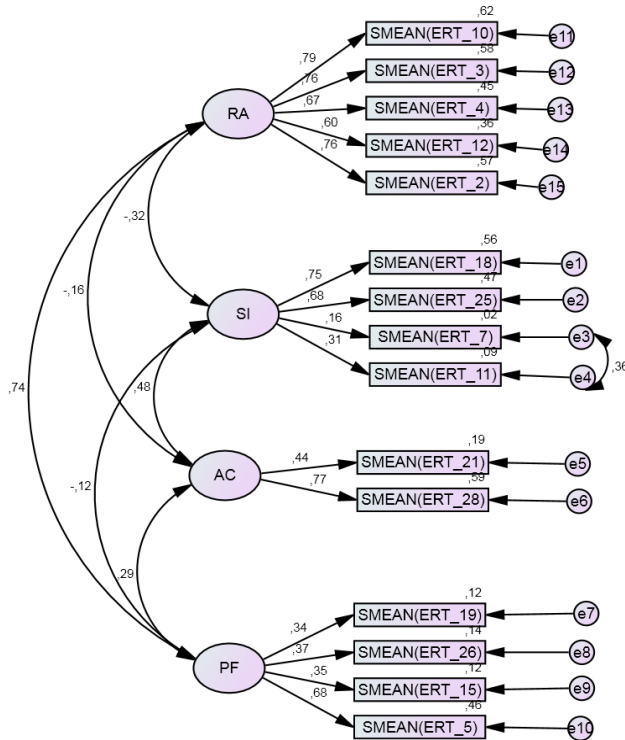
Resultados da AFC da versão portuguesa da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)

X²	X²/gl	CFI	GFI	TLI	PCFI	PGFI	RMSEA
153.66	1.85	0.90	0.90	0.87	0.71	0.62	0.06

A seguir, na Figura 6 (pág.65) é apresentada a estrutura factorial resultante (solução padronizada) dessa análise.

Figura 6:

Análise Factorial Confirmatória do Modelo Multifactorial da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)



A consistência interna foi calculada para a escala total determinando o alpha de Cronbach e a média para a versão portuguesa da *na Escala de Resistência Terapêutica* (Dowd, Milne & Wise, 1991) de 15 itens, (tabela 21, pág 65).

Tabela 21:

Consistência interna total na Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)

	Alpha	M	Itens
Consistência Interna Total	0.81	69.57	15

4. Discussão dos Resultados

O objectivo deste estudo foi avaliar as características psicométricas da versão portuguesa em adolescentes, da Escala de Resistência Psicológica, que tem como base a proposta factorial desenvolvida por Hong & Faedda (1996) e da Escala de Resistência Terapêutica Dowd, Milne & Wise (1991).

Vamos discutir os resultados por hipóteses:

H₁ - O modelo da estrutura factorial portuguesa adequa-se aos dados de uma amostra de adolescentes portugueses da Escala Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996).

As características psicométricas da Escala Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996), do modelo de 2º ordem, revelaram que este tem um ajustamento adequado, de seguida irá ser apresentado os resultados dos índices de qualidade de ajustamento: $X^2 = 287.79$ (este índice de ajustamento absoluto testa a probabilidade do modelo teórico se ajustar aos dados, quanto menor, melhor $p > 0.05$). $X^2/gl = 7.37$ (se a hipótese do teste do X^2 de ajustamento for verdadeira, o valor esperado dos graus de liberdade é igual ao valor da estatística de teste. O ajustamento perfeito é $X^2/gl = 1$, de uma forma geral o ajustamento considera-se bom se inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5, na versão portuguesa este valor é de ajustamento mau. CFI = 0.91 (compara de forma geral o modelo em estudo ao modelo nulo, valores entre [0.9; 0.95[indicam um ajustamento bom). GFI = 0.97 (indica a proporção da covariância observada entre as variáveis manifestas, explicada pelo modelo ajustado. Valores superiores a 0.95 são indicadores de um ajustamento muito bom). TLI = 0.87 (apresenta uma medida parcimónia entre os índices do modelo em estudo e o modelo nulo. Valores entre [0.8; 0.9[têm um ajustamento sofrível). PCFI = 0.64 (valores entre [0.6; 0.8[têm um ajustamento bom). PGFI = 0.57 (Valores < 0.6 têm um ajustamento mau). RMSEA

= 0.06 (é considerado um valor de ajuste, valores entre] 0,05; 0.10] têm um ajustamento bom.

Na tabela seguinte irá ser apresentado as análises confirmatórias relativamente aos índices de ajustamento de 2º ordem na Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996), comparativamente às análises confirmatórias dos autores Shen & Dillard (2005).

Tabela 22:

Comparação dos resultados dos índices de ajustamento da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

	X²	X²/gl	CFI	GFI	RMSEA
Versão Portuguesa	287.79	7.37	0.91	0.97	0.06
Shen e Dillard (2005)	307.57	1.72	0.90	0.93	0.06

Adaptado de Shen, L. & Dillard, J. P., (2005), Psychometric properties of the hong psychological reactance scale, *Journal of Personality Assessment* (p. 74-81).

Como podemos observar, apenas os dados de X²/gl na versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996) em adolescentes é que se encontra demasiado alto, no entanto, é um índice de qualidade de ajustamento que não têm grande utilidade, pois é um índice absoluto que avalia a qualidade do modelo per se, sem comparação com outros modelos (Mâroco, 2010). Os índices de ajustamento mais importantes, tais como, CFI, GFI e RMSEA têm um ajustamento bom e resultados estes equiparáveis a valores de outros estudos, como Shen e Dillard, 2005 (tabela 22, pág.67).

Tabela 23:

Comparação dos resultados finais da versão portuguesa com a versão original da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

	Versão Portuguesa	Hong & Faedda (1996)
Número	1786	3085
Número de Factores	4 Factores	4 Factores
Número de Itens	11 itens	11 itens
Itens Retirados	11, 12, 14	4, 10, 14
Itens por Factor	Factor 1 (4, 6, 7 e 8 item)	Factor 1 (6, 7 e 8 item)
	Factor 2 (1, 2 e 3 tem)	Factor 2 (1, 2 e 3 tem)
	Factor 3 (10 e 13)	Factor 3 (11, 12 e 13)
	Factor 4 (5 e 9)	Factor 4 (5 e 9)

Adaptado de Shen, L. & Dillard, J. P., (2005), Psychometric properties of the hong psychological reactance scale, *Journal of Personality Assessment* (p. 74-81).

A versão final do instrumento da versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996) apresenta, assim, um total de 11 itens distribuídos pelos 4 factores. Ao factor 1 foi atribuída a designação de Resposta Emocional para Escolhas Restritas, o factor 2 Resistência à Conformidade, o factor 3 recebeu a designação de Resistir à Influência dos e o último factor é designado por Resistência a Conselhos e Recomendações (Figura 5, pág 63), estes nomes são adaptados da análise exploratória de Hong & Faedda, 1996.

Shen e Dillard (2005) recomendam o cálculo da consistência interna total em lugar das quatro subescalas pois evitaria problemas com a confiabilidade. Na versão portuguesa da Escala de Resistência Psicológica foi administrada a uma amostra de adolescentes (N=1786), o resultado da consistência interna da escala foi de $\alpha = .71$, podemos concluir que a escala tem uma consistência interna boa, (tabela 24, pág.69).

Tabela 24:

Comparação da consistência interna total da versão portuguesa e da versão original da Escala de Resistência Psicológica (Hong & Faedda, 1996)

	α	Itens
Versão Portuguesa	$\alpha = .71$	11
Hong & Faedda (1996)	$\alpha = .75$	11

Adaptado de Hong, S-M & Faedda, S.,(1996), Refinement of the hong psychological reactance scale, *Educational and Psychological Measurement* (p.173-182).

H₂ - O modelo da estrutura factorial portuguesa adequa-se aos dados de uma amostra de adolescentes portugueses da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991).

As características psicométricas da Escala Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991), revelaram que este tem um ajustamento adequado: $X^2 = 153.66$ (este índice de ajustamento absoluto testa a probabilidade do modelo teórico se ajustar aos dados, quanto menor, melhor $p > 0.05$), $X^2/gl = 1.85$ (se a hipótese do teste do X^2 de ajustamento for verdadeira, o valor esperado dos graus de liberdade é igual ao valor da estatística de teste. O ajustamento perfeito é $X^2/gl = 1$, de uma forma geral o ajustamento considera-se bom se inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5, na versão portuguesa este valor é de ajustamento mau). CFI = 0.90 (compara de forma geral o modelo em estudo ao modelo nulo, valores entre [0.9; 0.95[indicam um ajustamento bom). GFI = 0.90 (indica a proporção da covariância observada entre as variáveis manifestas, explicada pelo modelo ajustado. Valores entre [0.9; 0.95[são indicadores de um ajustamento bom). TLI = 0.87 (apresenta uma medida parcimónia entre os índices do modelo em estudo e o modelo nulo. Valores entre [0.8; 0.9[têm um ajustamento sofrível), PCFI = 0.71 (valores entre [0.6; 0.8[têm um ajustamento bom).

PGFI = 0.62 (valores entre [0.6; 0.8[têm um ajustamento bom). RMSEA = 0.06 (é considerado um valor de ajuste, valores entre] 0,05; 0.10] têm um ajustamento bom. Como podemos observar os dados significativos tais como CFI, GFI e RMSEA tiveram bom ajustamento

Tabela 25:

Comparação dos resultados finais da versão portuguesa com a dos autores Buboltz, Thomas & Donnell (2002) relativamente às análises confirmatórias da Escala Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)

	Versão Portuguesa	Buboltz, Thomas & Donnell (2002)
Nº de Factores	4 Factores	4 Factores
Nº de Itens	15 itens	15 itens
Itens Retirados	1, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 27	1, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 27
Itens por Factor	Factor 1 (10, 3, 4, 12 e 2) Factor 2 (18, 25, 7 e 11) Factor 3 (21 e 28) Factor 4 (19, 26, 15 e 5)	Factor 1 (10, 3, 4, 12 e 2) Factor 2 (18, 25, 7 e 11) Factor 3 (21 e 28) Factor 4 (19, 26, 15 e 5)

Adaptado de Buboltz, W.C.; Thomas, A. & Donnell, A.J., (2002), Evaluating the factor structure and internal consistency reliability of the Therapeutic Reactance Scale, *Journal of Counseling & Development* (p. 120-125).

A partir do modelo proposto de Dowd, Milne & Wise, 1991, a versão portuguesa da Escala de Resistência Terapêutica, está identificada por quatro factores: o primeiro factor é denominado Resistência à Autoridade, o segundo factor com o nome de Susceptibilidade à Influência, o terceiro factor de Evitamento do Conflito e por último, Preservação do Conflito.

O estudo de Dowd, Milne & Wise (1991) da Escala de Resistência Terapêutica foi administrada a uma amostra de estudantes de psicologia (N = 130), teve um resultado médio total de 66.68 e um desvio padrão de 6.59 relataram resultados de confiabilidade de consistência interna para a amostra original de .84. Na versão portuguesa da Escala de Resistência Terapêutica foi administrada a uma amostra de adolescentes (N=213), o valor médio total de 69.57 e um desvio padrão 10.8. O resultado da consistência interna da escala total foi de $\alpha = .81$, (tabela 26, pág. 71).

Tabela 26:

Comparação da consistência interna total da versão portuguesa e da versão original da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991)

	Número	Alpha	M	DP	Ítems
Versão Portuguesa	213	.81	69.57	10.8	15
<i>Dowd, Milne & Wise, (1991)</i>	130	.84	66.68	6.59	28

Adaptado de Dowd, E. T.; Milne, C.R. & Wise, S. C., (1991), The therapeutic reactance scale: A measure of psychological reactance, *Journal of Counseling and Development* (p. 541-545).

Os resultados destes estudos empíricos demonstraram que as versões portuguesas da Escala de Resistência Psicológica de Hong (Hong & Faedda, 1996) e da Escala de Resistência Terapêutica (Dowd, Milne & Wise, 1991) apresentam características psicométricas adequadas e satisfatórias no que diz respeito à sua fidelidade, no qual permite o seu uso como uma ferramenta confiável, com bons índices de ajustamento, para avaliar a resistência psicológica e a resistência terapêutica. As escalas podem ser utilizadas em estudos com a população portuguesa que desta forma servirão de base para identificar os indivíduos que são propensos a experienciar a resistência, podendo ser aplicada numa variedade de situações terapêuticas.

Referências Bibliográficas

- Albarracin, D.; Cohen, J. B. & Kumkale, G. T. (2003). When communications collide with recipients' actions: Effects of the post-message behavior on intentions to follow the message recommendation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 834–845.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4º edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Arkowitz, H. & Miller, W. R. (2008). Learning, applying, and extending motivational interviewing, in: H. Arkowiz, H.A. Westra, W. R. Miller & S. Rollnick (eds.). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*, 1-25. New York: Guilford Press.
- Asch, S. E. (1951). *Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgment*. Pittsburgh: Carnegie.
- Aviram, A. & Westra, H.A. (2011). The impact of motivational interviewing on observed client resistance in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Pathways to outcome. *Psychotherapy Research*, 21 (6), 698-708.
- Baron, R.A. & Byrne, D. (2005) *Psicologia Social*. Madrid: Prentice Hall.
- Bauer, M. (1991). Resistance to change - a monitor of new technology. *Systems Practice*, 4 (3), 181-196.
- Baumeister, R. F.; Leith, K., P.; Muraven, M. & Bratslavsky, E. (1998). Self-regulation as a key to success in life. In D. Pushkar, W. Bukowski, D. Stack, A. Schwartzman D. White (eds.). *Improving competence across the lifespan*, 117-132. New York: Plenum.

- Bessarabova, E. (2010). *The Dynamics of Reactance and Cognitive Structure: Reactance, Restoration, and Time*. Doctoral dissertation, University of Maryland, College Park, USA.
- Beutler, L. E.; Clarkin, J. F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E.; Moleiro, C. & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 58 (2), 207-217.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 197-204.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L. E. & Harwood, T. M. (2001). Antiscientific Attitudes: What Happens when Scientists are Unscientific?. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 43-52.
- Bond, R. & Smith, P. B. (1996). Culture and conformity: a meta-analysis of studies using Asch's line judgment task. *Psychological Bulletin*, 119 (1), 111-137.
- Bordens, K. N. & Horowitz, I. A. (2008). *Social Psychology*. USA: FreeLoad Press.
- Brehm, S. S. & Brehm, J. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. London: Academic Press.
- Brehm, S. S. & Weintraub, M. (1977). Physical barriers and psychological reactance: Two-year-olds responses to threats to freedom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 830-36.

- Brown, A. R.; Finney, S. J. & France, M. K. (S/D). Examining the Dimensionality of the Hong Psychological Reactance Scale, *Dissertation*, James Madison University.
- Buboltz, W. C; Johnson, P., & Woller, K. (2011). Psychological reactance in college students: Family of origin predictors. *Journal of Counseling & Development*, 81 (3), 311-317.
- Burgoon, M.; Alvaro, E. M.; Grandpre, J. & Voloudakis, M. (2002). Revisiting the theory of psychological reactance: Communicating threats to attitudinal freedom. In J. P. Dillard & M. W. Pfau (eds.). *The Persuasion Handbook: Developments in Theory and Practice*, 213–232. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burke, B. L.; Arkowiz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843–861.
- Burkley, E. (2008) The role of self-control in resistance to persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 419-431.
- Bortolotti, S. L.V. (2010) *Resistência à mudança organizacional: Medida de avaliação por meio da teoria da resposta ao item*. Dissertação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil
- Casey, B. J.; Getz, S. & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28 (1), 62-77.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Chadee, D. (2011). Toward freedom: Reactance theory revisited. In: D. Chadee (ed.). *Theories in Social Psychology*, 13-43. New York: Blackwell Publishing.

- Chappa, H. & Dowd, E. T. (2008). Influencia de la reactancia comportamental en la interrupción prematura del tratamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (3), 209-214.
- Coch, L. & French, J. R. P., Jr. (1948). Overcoming resistance to change. *Human Relations*, 1, 512-532.
- Csikszentmihalyi, M.; Larson, R. & Prescott, S. (1977). The Ecology of Adolescent Experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 281-294.
- Dagirmanjian, S; Eron, J & Lund, T. (2007). Narrative solutions: An integration of self and systems perspectives in motivating change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17 (1), 70-92.
- Dillard, J.P. & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, 72 (2), 144-168.
- Donnell, A. J.; Thomas, A. & Buboltz, Jr. (2001). Psychological reactance: Factor structure and internal consistency of the questionnaire for the measurement of psychological reactance. *The Journal of Social Psychology*, 141 (5), 679–687.
- Dowd, E. T.; Milne, C.R. & Wise, S. C. (1991). The therapeutic reactance scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 67, 541-545.
- Dowd, E. T. (1993). Motivacional and personality correlates of psychological reactance. *Psicologia Conductal*, 1, 145-156.
- Dowd, E. T. & Wallbrown, F. (1992). Motivational components of client reactance. *Journal of Counseling and Development*, 71, 533-538.
- Dowd, E. T.; Wallbrown, F.; Sanders, D. & Yesenosky, J. M. (1992). Psychological reactance and its relationship to normal personality variables. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 601-612.

- Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Texas: Harcourt Brace Jovanovich.
- Erikson, E.H. (1975). *Life History and the Historical Moment*. New York: Norton.
- Ernst, M.; Pine, D.S. & Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological Medicine*, 36, 299-312.
- Frances, A.; Clarkin, J. & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- Fischer, G. N. (1996). *Os conceitos fundamentais da psicologia social*. Lisboa: Editora Instituto Piaget.
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London: Routledge.
- Goldsmith, R. E. (1984). Personality characteristics associated with adaptation innovation. *Journal of Psychology*, 117 (2), 159–165.
- Goldstein, A.P. & Stein, N. (1976). *Prescriptive Psychotherapies*. New York: Pergamon Press.
- Grandpre, J.; Alvaro, E. M.; Burgoon, M.; Miller, C. H. & Hall, J. R. (2003). Adolescent reactance and anti-smoking campaigns: A theoretical approach. *Journal of Health Communication*, 15 (3), 349-366.
- Greene, R.W.; Ablon, J. S. & Goring, J. C. (2003). A Transactional model of oppositional behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (1), 67-75.
- Harrison, A. A. (1968). Response competition, frequency, exploratory behavior, and liking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 363–368.
- Harrison, A. A., & Zajonc, R. B. (1970). The effects of frequency and duration of exposure on response competition and affective ratings. *Journal of Psychology*, 7, 163–169.

- Hockenberry, S. L. & Billingham, R. E. (1993). Psychological reactance and violence within dating relationships. *Psychological Reports*, 73, 1203–1208
- Hogg, M. A. & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge.
- Hong, S. M.; Giannakopoulos, E.; Laing, D. & Williams, N. (1994). Psychological reactance: Effects of age and gender. *Journal of Social Psychology*, 134 (2), 223-228.
- Hong, S-M. & Page, S. (1989). A psychological reactance scale: development, factor structure and reliability. *Psychological Reports*, 64, 1323-1326.
- Hong, S-M. (1992). Hong's psychological reactance scale: A further factor analytic validation. *Psychological Reports*, 70, 512-514.
- Hong, S-M. & Faedda, S. (1996). Refinement of the hong psychological reactance scale. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 173-182.
- Johnson, P. & Buboltz, W. C. Jr. (2000). Differentiation of self and psychological reactance. *Contemporary Family Therapy*, 22, 91-102.
- Judge, T.; Higgins, C.; Thoresen, C. & Barrick, M. (1999). The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52, 621–652.
- Kanter, R. M. (1989). The new managerial work. *Harvard Business Review*, 67 (6), 85-92.
- Kelman, H. C. & Hamilton, V. L. (1989). *Crimes of obedience: Toward a social psychology of authority and responsibility*. New Haven, Conn: Yale University Press.
- Keneth, H. (1995). Scaling the wall of resistance. *Training & Development*, 49 (10), 15-18.

- Knowles, E. S. & Linn, J. A. (2004). *Resistance and Persuasion*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kotter, J. P. & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 57 (2), 106-113.
- Lawrence, P. R. (1978). How to deal with resistance to change. *Harvard Business Review*, 32 (3), 49-57.
- Levine, J. M. & Pavelchak, M. A. (1984). Conformity and obedience. In S. Moscovici (eds.). *Social psychology*, 25-50. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics. *Human Relations*, 1 (1), 5-41.
- Mainardi, J. M. (2012). Factores de Resistência à mudanças identificados em unidade do ensino superior: o caso da unidade descentralizada de educação superior da UFSM, em silveira martins, *Dissertação*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martin, R. & Hewstone, M. (2003). Social influence processes of control and change: Conformity, obedience to authority, and innovation. In M. A. Hogg & J. Cooper (Eds.). *Sage handbook of social psychology*, 347-366. London: Sage.
- Matthys W; Vanderschuren, L.J.M.J. & Schutter, D.J.L.G. (2013). The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains. *Development and Psychopathology*, 25, 193–207.
- Merz, J. (1983). Fragebogen zur Messung der Psychologischen Reaktanz [Questionnaire for Measuring Psychological Reactance]. *Diagnostica*, 29, 75–82.
- Messer, S. B. (2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: vive la résistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (2), 157–163.

- Milgram, S. (1974). *Obedience to Authority: An Experimental View*. New York: Harper and Row.
- Miller, C. H. & Quick, B. L. (2010). Sensation seeking and psychological reactance as health risk predictors for an emerging adult population. *Health Communication*, 25, 266-275.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R.; Yahne, C. E.; Moyers, T. B.; Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050–1062.
- Miller, C.H.; Lane, L. T.; Deatrick, L. M.; Young, A. M. & Potts, K. A. (2007). Psychological reactance and promotional health messages: the effects of controlling language, lexical concreteness, and the restoration of freedom. *Human Communication Research*, 33, 219–240.
- Miller, C. H.; Burgoon, M.; Grandpre, J. R. & Alvaro, E. M. (2009). Identifying principal risk factors for the initiation of adolescent smoking behaviors: The significance of psychological reactance. *Health Communication*, 19, 241-252.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). Um guia para estudos de nomes de pesquisas em psicologia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Moreira, P.; Gonçalves, O. & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Moscovici, S. (1985). Social influence and conformity. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology*, 347–412, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Moyers, T. B. & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance. In *Session: Journal of Clinical Psychology*, 58 (2), 185-193.

- Oreg, S. (2006). Personality, context, and resistance to organizational change. *European Journal of Work And Organizational Psychology*, 15 (1), 73-101.
- Oreg, S. (2003). Resistance to change: Developing an individual differences measure. *Journal of Applied Psychology*, 88 (4), 680–693.
- Orr-Brown, D. E. & Siebert, D. C. (2007). Resistance in adolescent substance abuse treatment: A literature synthesis. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7 (3), 5-28.
- Passini, S. & Morselli, D. (2009). Authority relationships between obedience and disobedience. *New Ideas in Psychology*, 27 (1), 96-106.
- Perls, F.S.; Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the hitman personality*. Nova York: Julian Press.
- Pereira, A. & Patrício, T. (2013). *SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Sílabo.
- Piaget, J. (1972). *Judgment and reasoning in the child*. Totowa, NJ: Littlefield.
- Piderit, S. K. (2000). Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *Academy of Management Review*, 25 (4), 783-794.
- Quick, B. L. (2005). An explication of the reactance processing model. *Doctoral Dissertation*, Southwest Missouri State University, Texas, USA.
- Quick, B. L. & Considine, J. R. (2008). Examining the use of forceful language when designing exercise persuasive messages for adults: A test of conceptualizing reactance arousal as a two-step process. *Journal of Health Communication*, 23 (5), 483-491.

- Quick, B. L. & Stephenson, M. T. (2007). Further evidence that psychological reactance can be modeled as a combination of anger and negative cognitions. *Communication Research*, 34, 255.
- Quick, B. L. & Kim, D. K. (2009). Examining reactance and reactance restoration with south korean adolescents: A test of psychological reactance within a collectivist culture. *Communication Research*, 36, 765.
- Quick, B. L. (2012). What is the best measure of psychological reactance? An empirical test of two measures. *Journal of Health Communication*, 27 (1), 1-9.
- Rains, S. A. & Turner, M. M. (2007). Psychological reactance and persuasive health communication: A test and extension of the intertwined Model. *Human Communication Research*, 33, 241–269.
- Ringlein, J. (1994). Breaking the barriers to change. *Machine Design*, 66 (5), 95-99.
- Ribeiro, J. P. (2007). A resistência olha a resistência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 73-78.
- Roubroeks, M.; Ham, J. & Midden, C. (2011). When artificial social agents try to persuade people: The role of social agency on the occurrence of psychological reactance. *International Journal of Social Robotics*, 3, 155–165.
- Rubak, S.; Sandbaek, A.; Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Scott, A. M. & Quick, B. L. (2012). Family communication patterns moderate the relationship between psychological reactance and willingness to talk about organ donation. *Journal of Health Communication*, 1, 10.

- Seemann, E. A.; Carroll, S. J.; Woodard, A. & Mueller, M. L. (2008). The type of threat matters: Differences in similar magnitude threats elicit differing magnitudes of psychological reactance. *North American Journal of Psychology*, 10 (3), 583-594.
- Serra-Pinheiro, M.A.; Mattos, P. & Souza, I. (2004). The effect of methylphenidate on oppositional defiant disorder comorbid with attention deficit/hyperactivity disorder. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 62 (2), 399-402.
- Shen, L. & Dillard, J. P. (2005). Psychometric properties of the hong psychological reactance scale. *Journal of Personality Assessment*, 85 (1), 74-81.
- Shoham, V.; Trost, S. & Rohrbaugh, M.J. (2004). From state to trait and back again: Reactance theory goes clinical. In: R. A. Wright, J. Greenberg, & S. S. Brehm (Eds.). *Motivation and Emotion in Social Contexts*, 167-186. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78-106.
- Taylor, R. E. (1988). Reducing Resistance to New Marketing Strategies. *Business Forum*, 13(2), 12-15.
- Thomas, A.; Donnell, A. J.; Buboltz, Jr. & Walter, C. (2001). The hong psychological reactance scale: A confirmatory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34 (1), 2-13.
- Thorne, F. C. (1967). The Structure of Integrative Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 3-11.
- Tichy, N. M. (1983). *Managing strategic change: Technical, political, and cultural dynamics*. New York: Wiley.
- Torres, C. & Rebelo, E. (2011). *Psicologia Social: Principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed.

- Vasilaki, E. I.; Hosier, S. G. & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (3), 328-335.
- Vohs, K.D.; Baumeister, R.F. & Ciarocco, N. (2005). Self-regulation and self-presentation: Regulatory resource depletion impairs impression management and effortful self-presentation depletes regulatory resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 632–657.
- Wanberg, C. R. & Banas, J. T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85, 132–142.
- Watson, G. (1971). Resistance to change. *American Behavioral Scientist*, 14, 745–766.
- Wicklund, R. A. (1974). *Freedom and reactance*. England: Lawrence Erlbaum.
- Wiium, N.; Aarø, L. E. & Hetland, J. (2009). Psychological reactance and adolescents attitudes toward tobacco-control measures. *Journal of Applied Social Psychology*, 39 (7), 1718–1738.
- Zaltman, G. & Duncan, R. (1977). *Strategies for planned change*. New York: Willey.
- Zhang, Q.; Zhang, J. & Castelluccio, A-A (2011). A cross-cultural investigation of student resistance in college classrooms: The effects of teacher misbehaviors and credibility. *Communication Quarterly*, 59 (4), 450-464.
- Zimbardo, P. G. & Leippe, M. R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. New York: McGraw-Hill.