

**FILIPA SOFIA PEREIRA MENDO**

**PROCESSO DE MUDANÇA EM  
PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA: O PAPEL  
DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL E DA ALIANÇA  
TERAPÊUTICA AO LONGO DO TEMPO**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

FILIPA SOFIA PEREIRA MENDO

**PROCESSO DE MUDANÇA EM  
PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA: O PAPEL  
DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL E DA ALIANÇA  
TERAPÊUTICA AO LONGO DO TEMPO**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Luís Janeiro



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

**Processo de mudança em psicoterapia psicodinâmica: O papel da Experiência Emocional e da Aliança Terapêutica ao longo do tempo**

**Declaração de Autoria de Trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura:

---

(Filipa Sofia Pereira Mendo)

***Copyright* © 2023 – Filipa Sofia Pereira Mendo**

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

## **Agradecimentos**

A entrega desta dissertação marca o final deste bonito percurso. O alcance desta conquista só foi possível graças a todas as pessoas que me apoiaram e a quem quero agradecer.

Ao Professor Doutor Luís Janeiro, por toda a sabedoria e conhecimento partilhado ao longo do curso e, em particular, pela orientação, disponibilidade e encorajamento durante a realização desta dissertação.

À Doutoranda Laura Inês Ferreira, por ser como uma orientadora, por toda a disponibilidade e ajuda essencial neste trabalho.

Aos professores que fizeram parte da minha formação académica, por todo o conhecimento partilhado que levarei para o meu futuro profissional e pessoal.

Aos clientes e terapeutas que participaram neste estudo, este trabalho seria impossível sem a vossa colaboração.

À minha família, por acreditarem em mim. Ao meu pai, por me ensinar a ser determinada e persistir até atingir os meus objetivos e por me apoiar desde o início. Ao meu irmão, por me animar nos momentos de maior frustração. À minha mãe, avô, tios, tias, primas e primos, por toda a compreensão, carinho e apoio durante este percurso.

Às minhas amigas de curso. À Inês e à Mariana, pela amizade, companheirismo e apoio mútuos ao longo destes anos. À Joana, que acompanhou mais de perto este capítulo, pela amizade, por todo o incentivo, troca de ideias e sessões de trabalho.

Aos meus amigos, por me lembrarem que há mais além da tese, por acreditarem em mim, acolherem o meu entusiasmo e me apoiarem quando precisei.

Os meus sinceros agradecimentos!

## Resumo

A Terapia para as Fobias e Afetos (TFA), preconiza que a maioria dos problemas psicológicos se deve ao uso de defesas desadaptativas a que os clientes recorrem para lidar com as emoções temidas. Nesta terapia, os terapeutas procuram auxiliar os clientes a resolver estas fobias e afetos, abdicando das defesas e experienciando de forma autêntica e adaptativa as emoções num contexto relacional seguro. Assim, a experiência emocional (EE) e uma boa aliança terapêutica (AT) são elementos centrais do processo de mudança na TFA.

A presente investigação visa descrever o processo de mudança na TFA, através da identificação de padrões de relação entre a EE, as dimensões da AT na perspetiva de ambos elementos da díade e os sintomas. Participaram neste estudo oito clientes com idades compreendidas entre os 20 e os 43 anos ( $M = 26.25$ ;  $DP = 7.15$ ) acompanhados por dois psicólogos que seguem o modelo TFA. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *Emotional Experience Self-Report*, Inventário de Aliança Terapêutica Revisto e Reduzido e *Outcome Questionnaire 10*. Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao *Group Iterative Multiple Model Estimation* (GIMME).

Os resultados revelaram associações comuns a toda a amostra e dois subgrupos com padrões de relações distintos. No subgrupo 1, a EE, através das dimensões AT, conduziu à redução sintomática, sendo que este conjunto de caminhos complexo englobou todas as variáveis de processo e a interação entre a díade. No subgrupo 2, apenas se verificaram associações entre as dimensões da AT na perspetiva do cliente e do terapeuta.

As descobertas deste estudo salientam a importância da EE para os resultados terapêuticos e o papel das dimensões da AT como potenciadores desse efeito. Deste modo, sugerimos que os terapeutas sejam mais sensíveis ao modo como os clientes elaboram as emoções no contexto da relação terapêutica e os auxiliem neste processo.

**Palavras-chave:** Terapia para as Fobias e Afetos; Experiência Emocional; Dimensões da Aliança Terapêutica; Resultados Terapêuticos; Processo de mudança; Análise Longitudinal.

## **Abstract**

Affect Phobia Therapy (APT) is based on the premise that most psychological problems are due to client's use of maladaptive defenses to cope with feared emotions. In this therapy, therapists seek to help clients resolve these affect phobias by relinquishing defenses and authentically and adaptively experiencing emotions in a safe relational context. Thus, emotional experience (EE) and a good therapeutic alliance (TA) are central elements of the change process in TFA.

The present research aims to describe the process of change in TFA, by identifying patterns of connections between EE, the dimensions of TA from the perspective of both elements of the dyad and symptoms. A total of eight clients aged between 20 and 43 years ( $M = 26.25$ ;  $SD = 7.15$ ) accompanied by two psychologists who follow the TFA model participated in this study. The following instruments were used: Emotional Experience Self-Report, Working Alliance Inventory-Short Revised and Outcome Questionnaire 10. Collected data were analyzed using Group Iterative Multiple Model Estimation (GIMME).

The results revealed associations shared by the whole sample and two subgroups with distinct patterns of connections. In subgroup 1, EE through TA dimensions resulted in symptom reduction, and this complex set of pathways encompassed all process variables and the interaction between the dyad. In subgroup 2, there were found to be associations only between the dimensions of TA from the perspective of the two elements of the dyad.

The findings of this study highlight the importance of EE for therapeutic outcomes and the role of TA dimensions as enhancers of this effect. Therefore, we suggest that therapists be more sensitive to the way clients elaborate emotions in the context of the therapeutic relationship and assist them in this process.

**Keywords:** Affect Phobia Therapy; Emotional Experience; Dimensions of the Therapeutic Alliance; Therapeutic Outcomes; Process of Change; Longitudinal Analysis.

## Índice Geral

Enquadramento teórico.....	1
Objetivos.....	8
Metodologia.....	9
Amostra.....	9
Instrumentos.....	10
Emotional Experience Self-Report .....	10
Inventário de Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido (IAT-RR).....	10
Outcome Questionnaire 10.....	10
Procedimento de recolha de dados.....	11
Procedimento de análise de dados de dados .....	11
Resultados.....	13
Relações identificadas ao nível do grupo.....	14
Relações diretas entre variáveis ao nível dos subgrupos .....	15
Subgrupo 1 .....	17
Subgrupo 2 .....	19
Diferenças entre subgrupos nas variáveis do processo terapêutico .....	20
Discussão .....	22
Conclusão .....	26
Referências Bibliográficas.....	27

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Diagrama de todas as associações estimadas pelo GIMME (grupo, subgrupo e individuais).....	14
<b>Figura 2.</b> Diagrama das relações estimadas pelo GIMME para o subgrupo 1 .....	17
<b>Figura 3.</b> Diagrama das relações estimadas pelo GIMME para o subgrupo 2 .....	19

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Valores de ajustamento.....	13
<b>Tabela 2.</b> Caraterização da amostra por subgrupos .....	16
<b>Tabela 3.</b> Diferenças entre subgrupos nas variáveis que caraterizam os indivíduos e que descrevem o processo .....	20

## Enquadramento teórico

As emoções são uma parte fundamental da experiência humana (Peluso & Freund, 2019), sendo essenciais para a sobrevivência da espécie, ao fornecer informação sobre situações que consideramos pessoalmente significativas (Scarantino, 2016). Qualquer emoção “(1) tem um objeto bem especificado (i.e., uma pessoa está zangada com alguma coisa ou com alguém), (2) desenvolve-se entre segundos a minutos, e (3) envolve mudanças coordenadas na experiência subjetiva, comportamento e fisiologia” (Suri & Gross, 2016, pp. 453-454). Apesar das diferentes modalidades terapêuticas conceptualizarem e trabalharem as emoções de formas distintas, as emoções têm demonstrado um papel terapeuticamente significativo (Greenberg et al. 2019). Daí que, auxiliar o cliente a experienciar plenamente as suas emoções, de modo a ultrapassar o evitamento de emoções com as quais tinha receio de estar em contacto é fundamental para a mudança terapêutica (Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Greenberg, 2016).

Um modelo de psicoterapia que atribui particular relevância às emoções é a Terapia para as Fobias e Afetos (TFA; McCullough, 1998), de orientação breve psicodinâmica, na qual as emoções são entendidas como os motivadores primários dos comportamentos. Segundo a TFA, os problemas psicológicos ocorrem devido ao medo de experienciar e/ou expressar determinados sentimentos. Neste modelo, a conceptualização das Fobias dos Afetos é entendida através dos Triângulos de Malan (1979), ou seja, o Triângulo do Conflito e o das Pessoas. De acordo com o Triângulo do Conflito, os padrões de comportamentos (pensamentos ou sentimentos) de evitamento dos afetos (Defesas) resultam do conflito psicodinâmico (McCullough, 1998) entre os afetos ativadores (e.g., raiva, tristeza, alegria) e os afetos inibitórios (e.g., ansiedade, vergonha, culpa). De acordo com o Triângulo das Pessoas, as fobias dos afetos (descritas pelo Triângulo do Conflito) são aprendidas nas relações precoces com os cuidadores ou outras figuras significativas e são repetidas nas relações atuais, inclusive na relação com o terapeuta, onde é possível analisá-las e modificá-las (McCullough & Andrews, 2001).

De acordo com a TFA (McCullough, 1998), para que a mudança psicoterapêutica ocorra, existem três tarefas terapêuticas centrais a trabalhar ao longo do processo: Reestruturação das Defesas, Reestruturação dos Afetos e Reestruturação do *Self* e dos Outros. A Reestruturação das Defesas envolve, numa primeira instância, o reconhecimento dos padrões de comportamento desadaptativos, isto é, o terapeuta ajuda o cliente a tomar consciência das suas defesas, os sentimentos que estas evitam, a sua

origem (no passado) e o modo como tendem a manter-se nas relações atuais. De seguida, o terapeuta auxilia o cliente a explorar os custos e benefícios atuais dos padrões defensivos, de modo a desenvolver a motivação para a renúncia a esses padrões (McCullough & Andrews, 2001; McCullough & Magill, 2009). A Reestruturação dos Afetos envolve a redução gradual do medo associado à experiência e/ou expressão dos afetos em conflito. No que diz respeito à Experiência dos Afetos, para que ocorra uma ativação dos afetos, o cliente tem de ser exposto gradualmente à experiência do afeto temido, diminuindo simultaneamente o nível de afeto inibitório que se lhe opõe. Este processo de dessensibilização, em que o cliente é exposto até conseguir tolerar e expressar a emoção adaptativa, sem vergonha, culpa ou medo, conduz à mudança psicológica. A Reestruturação do *Self* e dos Outros só ocorre quando os afetos temidos são os sentimentos positivos face ao *self* (e.g., orgulho). Nestes casos, o sentido de *self* é reestruturado, segundo a lógica da tarefa anterior, de modo que o cliente tenha uma relação de autocuidado ao nível das necessidades básicas (e.g., alimentação, sono) e das necessidades emocionais (e.g., orgulho). Pode também ser necessário reestruturar as imagens internas que o sujeito tem dos outros, para que passem a ser mais realistas e adaptativas (e.g., sem desvalorização ou idealização excessiva), melhorando os relacionamentos interpessoais (McCullough, 1998).

Dado o racional explicitado, o principal mecanismo de mudança na TFA é o contacto progressivo com as emoções, isto é, a experiência e expressão dos afetos de um modo autêntico e adaptativo na relação consigo mesmo e nas relações interpessoais (McCullough, 1998).

Recentemente, o estudo da experiência emocional nas psicoterapias tem recebido uma atenção particular, sendo considerado um fator comum promissor pela APA (Norcross & Lambert, 2019). As diversas investigações dedicadas ao estudo da experiência emocional e do seu contributo para os resultados terapêuticos (e.g., meta-análises de Diener et al., 2007; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017) indicaram, de modo geral, que a experiência emocional dos clientes contribui, com um efeito moderado, para melhores resultados. Peluso e Freund (2019) realizaram a mais recente e abrangente meta-análise que incluiu 42 estudos de diversas orientações teóricas e diferentes instrumentos de avaliação. Os autores exploraram a associação entre a experiência emocional do cliente e os resultados terapêuticos, tendo obtido um efeito moderado de  $r = .39$ , sugerindo que experienciar as emoções nas sessões explica 15% da variância dos resultados do tratamento (Peluso & Freund, 2019).

Contudo, na TFA, para que a tarefa de exposição às emoções evitadas seja terapêutica, esta tem de ocorrer num contexto relacional seguro (McCullough & Andrews, 2001) sustentado por uma boa aliança terapêutica (McCullough et al., 2003). O terapeuta adota uma atitude de aceitação e encoraja o cliente a experienciar e expressar o afeto ativador na sessão terapêutica, salientando que pode fazê-lo sem ser julgado ou criticado. Ao longo do processo, o terapeuta apoia o progresso que o cliente vai alcançando, ao experienciar mais o afeto ativador, menos o afeto inibitório, e utilizando menos, ou de forma mais adaptativa, as defesas (Osborn et al., 2014). Neste sentido, tanto a Experiência Emocional (EE) como a relação terapêutica, em particular o estabelecimento de uma boa Aliança Terapêutica (AT), são importantes para que ocorra a mudança neste modelo terapêutico.

A aliança terapêutica é, desde 2002, considerada um fator comum empiricamente validado (Norcross, 2002). Existem diversas definições deste construto, contudo, a definição transteórica de Bordin (1979) tem sido a mais utilizada. De acordo com este autor, a aliança diz respeito ao trabalho colaborativo entre terapeuta e cliente, ao qual estão associadas três componentes centrais: o vínculo emocional existente entre os elementos da díade, o acordo (implícito ou explícito) em relação aos objetivos terapêuticos, e relativamente às tarefas a desenvolver em terapia para o alcance desses objetivos. A aliança é um dos aspetos da relação terapêutica mais estudado. Ao longo dos últimos 30 anos já foram realizadas diversas meta-análises, todas estas demonstrando (com correlações bastante estáveis entre estudos) que a AT e os resultados terapêuticos estão positivamente associados (Horvath et al., 2011:  $r = .28$ ,  $k = 190$ ; Horvath & Bedi, 2002:  $r = .21$ ,  $k = 100$ ; Martin et al., 2000:  $r = .22$ ,  $k = 79$ ; Horvath & Symonds, 1991:  $r = .26$ ,  $k = 190$ ). A mais recente meta-análise (Flückiger et al., 2019) englobou 295 estudos sobre a aliança terapêutica desde 1978 a 2017. Os autores verificaram que a associação entre a aliança e os resultados foi de  $r = .28$ , sugerindo que a aliança explica 8% da variância dos resultados do tratamento e confirmando a robustez da relação entre estas variáveis.

Não obstante os dados favoráveis relativamente ao contributo da aliança para o processo terapêutico, a maioria da investigação sobre a associação entre os resultados e a aliança terapêutica foca-se maioritariamente na perceção dos clientes, em detrimento da perceção dos dois elementos da díade terapêutica (Kivlighan, 2007), o que se constitui como uma limitação. Assim, e atendendo à definição da aliança terapêutica de Bordin (1979) como sendo uma relação colaborativa de natureza diádica, é necessário avaliar tanto a perspetiva do cliente como a do terapeuta.

Uma das escassas investigações que, até à data, contempla ambas perspetivas foi conduzida por Thyron e colaboradores (2007), que analisaram a correlação entre as perspetivas de terapeuta e cliente e registaram uma correlação positiva e moderada ( $r = .36$ ), sendo que a variância do terapeuta explicou 13% da variância do cliente, ou vice-versa. Este resultado permitiu inferir que o cliente e terapeuta se influenciam mutuamente no processo de construção da aliança terapêutica, confirmando o carácter colaborativo da aliança terapêutica. Deste modo, o principal debate passou a centrar-se em entender qual o papel de cada um dos protagonistas da díade para a formação da AT e de que modo isso se reflete nos resultados terapêuticos. Num estudo que permitiu identificar o contributo de cada elemento, através de uma análise multinível, verificou-se que é o terapeuta quem mais contribui para a formação da AT (Baldwin et al., 2007). Especificamente, os resultados demonstraram que as diferenças entre terapeutas suplantam as diferenças entre clientes. Em termos práticos, aos terapeutas que formaram consistentemente alianças mais fortes corresponderam clientes que também reportaram alianças mais fortes e que, por conseguinte, obtiveram melhores resultados (Baldwin et al., 2007). Estes dados sugerem que o terapeuta parece ter um papel catalisador no que se refere ao modo como os seus clientes se aliam com ele no trabalho terapêutico. Isto é, o terapeuta parece ter um maior contributo para a construção da aliança terapêutica.

Para além da diferenciação do papel do terapeuta e do cliente na construção da aliança, Bachelor e Salamé (2000), sugeriram que se deveria distinguir também a função particular das três dimensões da AT ao invés de a considerar como um constructo unidimensional.

Os resultados dos estudos psicométricos realizados sugerem que as dimensões da aliança não são completamente independentes. Andrusyna e colaboradores (2001) efetuaram uma análise fatorial exploratória da AT em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), recorrendo à versão breve para observadores do *Working Alliance Inventory (WAI-Short Observer-rated version, WAI-O-S)*. Os autores verificaram que a AT é composta por dois fatores – acordo e confiança (englobando os itens dos objetivos e das tarefas) e relação (referente aos itens da dimensão vínculo). Falkenström e colaboradores (2015) avaliaram a estrutura fatorial da versão do *Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR)*, utilizando três amostras clínicas, compostas por clientes que frequentavam psicoterapia de diferentes orientações (maioritariamente psicoterapia psicodinâmica e TCC). Os resultados revelaram uma estrutura bifatorial composta por uma dimensão referente ao vínculo e uma dimensão que incluía os objetivos e tarefas. Hatcher e colaboradores (2020) utilizaram as versões breves do WAI para

terapeutas (WAIS-T, WAI-SR-T) e concluíram que os terapeutas (de diversas orientações teóricas) tendem a não distinguir entre as dimensões objetivos e tarefas na avaliação da AT, sugerindo que a AT é um construto bifatorial.

Assim, a literatura indica a existência de uma tendência por parte dos terapeutas e clientes a considerar a AT como um constructo bifatorial composto por dois fatores: um que engloba as dimensões objetivos e tarefas e outro correspondente à dimensão vínculo (Andrusyna et al., 2001; Falkenström et al., 2015; Hatcher et al., 2020). Em termos práticos, terapeutas e clientes tendem a considerar as dimensões Tarefas e Objetivos como conceitos mais “próximos” e que se distinguem do vínculo. Esta constatação é verossímil, dado que, na prática, clínica a negociação destas duas dimensões ocorre em simultâneo e pode ser definida em termos operacionais. O vínculo, por sua vez, remete para uma dimensão relacional que é menos tangível (Bachelor & Salamé, 2000).

Algumas das investigações sobre a AT procuraram compreender de que modo este construto, e as suas três dimensões, se desenvolvem ao longo do processo terapêutico e como se associam aos resultados. Flückiger e colaboradores (2022) estudaram de que forma a compreensão do conceito de aliança na perspetiva dos clientes evoluía ao longo da terapia cognitivo-comportamental para a perturbação de ansiedade generalizada. Os autores concluíram que a avaliação que os clientes com melhores resultados fazem da AT tende a evoluir de uma estrutura trifatorial (vínculo, objetivos e tarefas) para uma unifatorial (aliança global), ou seja, as três dimensões passam a estar integradas num só fator ao longo do processo terapêutico (Flückiger et al., 2022). Este resultado sugere que o construto (AT) não é necessariamente unidimensional em todos os momentos do processo terapêutico e, como tal, o efeito da AT nos resultados pode dever-se a diferentes dimensões num momento inicial, mas ocorrer como um constructo único no final da terapia. Um outro estudo (Webb et al., 2011), explorou a associação entre as dimensões da AT e a sintomatologia depressiva na terapia cognitiva, utilizando a estrutura bifatorial da AT. Webb e colaboradores (2011) verificaram que a mudança da sintomatologia após uma sessão inicial estava associada à dimensão acordo nos objetivos e tarefas e não estava relacionada com a dimensão vínculo. Numa sessão final, a mudança prévia da sintomatologia foi um preditor significativo das duas dimensões (acordo nos objetivos e tarefas e vínculo). Isto significa que a AT, não só explica os resultados, como pode também ser explicada pela alteração dos mesmos. Hoffart e colaboradores (2013) encontraram resultados consistentes com os do estudo anterior. Na sua investigação sobre o papel das dimensões da AT no processo de mudança de clientes com perturbação de

stress pós-traumático, verificaram que, a nível intraindividual, maior acordo sobre as tarefas estava associado à diminuição subsequente dos sintomas.

Os estudos anteriores, no âmbito das terapias cognitiva e cognitivo-comportamental, sugerem que o acordo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos e tarefas pode desempenhar um papel mais saliente na contribuição para os resultados, quando comparado com o vínculo. Em contraste, um estudo numa comunidade terapêutica (Janeiro et al., 2018), explorou de que modo a evolução das dimensões da AT avaliadas pelo cliente estavam associadas à prevenção do *dropout*. Os resultados indicaram que, comparativamente às dimensões objetivos e tarefas, um baixo vínculo ao início da terapia era o melhor preditor do *dropout*. Os autores concluíram que a formação e manutenção do vínculo deve ser uma prioridade na intervenção com esta população (Janeiro et al., 2018).

Os dados dos estudos referidos anteriormente sugerem que as diferentes dimensões da AT podem ter uma função específica no que se refere aos resultados. Além disso, dada a importância de avaliar o papel diferencial de cada um dos elementos da tríade na construção da aliança, no nosso estudo, optámos por avaliar as dimensões da aliança na perspectiva do terapeuta e do cliente. Deste modo, pretendemos avaliar quer o contributo específico das dimensões da aliança para os resultados como, também, descrever a construção da aliança terapêutica na tríade através das suas dimensões.

Como referido, a investigação revela que a EE explica os resultados, a AT também explica os resultados e a EE e a AT estão associadas. A conjugação destes dados indica que a interação entre EE e AT para os resultados, teoricamente sugerida e clinicamente intuída, pode ter sustentação empírica. Porém, existem poucos estudos que explorem esta premissa e os existentes apresentam resultados mistos e inconclusivos.

Os poucos estudos realizados com clientes em psicoterapias experienciais e psicodinâmicas verificaram que a relação entre a AT e os resultados foi mediada pela EE (Auszra et al., 2013; Pos et al., 2009). No estudo mais recente, Fisher e colaboradores (2016) examinaram as associações diretas e indiretas entre EE, AT e sintomas, ao longo do processo terapia psicodinâmica. A análise dos dados realizada por estes autores com recurso ao *Longitudinal Multilevel Models (MLM)*, revelou que existe um efeito indireto da aliança nos resultados através de uma mediação diferida da experiência emocional. Em conjunto, estes resultados (Fisher et al., 2016; Auszra et al., 2013; Pos et al., 2009), sugerem que o efeito da AT para os resultados terapêuticos ocorre através da EE.

No entanto, algumas investigações sugerem que o papel de mediação é assumido pela AT. Beutler e colaboradores (2000, cit in Whelton, 2004) estudaram diferentes modalidades terapêuticas de modo a identificar associações entre variáveis do cliente em diversos tratamentos para a depressão. Os autores verificaram que a EE é um preditor robusto dos resultados, mas que esta associação é mediada pela AT. Tal reforça a ideia de que o efeito da EE na terapia depende da sua capacidade de fortalecer a AT (Beutler et al., 2000 cit in Whelton, 2004). Peluso e Freund (2019) referem que facilitar a EE pode ser considerada uma tarefa terapêutica que tem como objetivos a interpretação ou resolução das emoções. Deste modo, a EE pode contribuir para a AT e uma boa AT, por sua vez, pode contribuir para uma melhor EE (Peluso & Freund, 2019), resultando numa diminuição dos sintomas.

Iwakabe e colaboradores (2000) examinaram a relação entre a EE dos clientes, as intervenções dos terapeutas, e a AT, com o intuito de compreender se o processo terapêutico se desenvolve de maneira diferente consoante os níveis da AT. Os resultados revelaram que a AT assumiu o papel de fator moderador, isto é, a EE previu bons resultados apenas quando havia uma AT elevada. Assim, o efeito terapêutico da EE depende dos níveis de AT, o que significa que, sem o contexto contentor proporcionado por uma boa AT, o cliente poderá não tolerar a exposição aos afetos temidos.

Assim, no que se refere à relação entre AT e EE e os resultados da terapia, foram identificadas diferentes relações entre as variáveis. O efeito da AT nos resultados pode ser mediado pela experiência emocional (Fisher et al., 2016; Auszra et. al., 2013; Pos et al., 2009) podendo inverter-se os papéis entre as variáveis, e o efeito da EE ser mediado pela AT (Beutler et al., 2000, cit in Whelton, 2004) ou, ainda, a AT ter um papel moderador do efeito da EE sobre os resultados (Iwakabe et al., 2000). Tendencialmente, nestes estudos são usados designs transversais e o sentido da associação entre a EE e a AT foi definido à priori. Tal pode constituir uma limitação, uma vez que os resultados encontrados refletem as hipóteses definidas à partida, não captando, na totalidade, o processo de mudança.

Dada a diversidade de relações entre as variáveis que foram identificadas nos estudos empíricos e as limitações metodológicas assinaladas, julgamos que é necessário adotar uma abordagem longitudinal e exploratória. Isto é, devemos recorrer a modelos de análise que considerem que todas as variáveis se relacionam entre si ao longo do tempo, podendo tanto ser predictoras como de resultado, ao invés de assumir caminhos à priori.

No presente estudo, pretendemos descrever o processo de mudança na TFA, tendo assumido que a experiência emocional e a aliança são fatores comuns fundamentais nesse processo, sendo por isso necessário explicar como se interrelacionam. Com base na revisão da literatura concluímos ainda, que dada a natureza diádica da aliança, é importante avaliar o contributo do terapeuta e do cliente para a sua construção da aliança. Outro aspeto importante que identificámos relativamente ao estudo da aliança, refere-se à distinção do papel de cada uma das suas dimensões no processo terapêutico. Deste modo, pretendemos estudar como se interrelacionam as dimensões da AT na perspectiva do cliente e do terapeuta e, ainda, como estas se relacionam com a EE.

### **Objetivos**

Assim, a presente investigação foi desenhada com um carácter exploratório. Isto é, tendo em conta a abordagem metodológica assumida, este estudo visou descrever o processo de mudança na TFA, mais concretamente, como as dimensões de aliança terapêutica estabelecida na díade interagem com a EE para o sucesso dos tratamentos. Especificamente, pretendemos analisar: (1) padrões de relação existentes entre as dimensões da AT na perspectiva do cliente e do terapeuta; (2) como se relacionam as dimensões da AT na díade com a EE; (3) de que forma estas variáveis de processo se interligam aos resultados; e ainda (4) se existe um padrão único de relação entre as variáveis ou, em alternativa, se existem padrões de relação entre as variáveis que definem grupos de díades.

## Metodologia

### Amostra

A amostra inicial incluía 54 díades, no entanto, passaram por um processo de seleção com base em critérios indicados pelo software de análise. Num primeiro momento, oito das 54 díades foram excluídas por indicação “direta” do GIMME por apresentarem demasiados *missing values* e/ou por apresentarem pouca variância. Seguidamente, procedemos a uma seleção “manual” com base nesses mesmos critérios. Das 46 díades, 30 foram excluídas por apresentarem *missing values* em metade ou mais de metade das sessões, numa ou mais variáveis, e/ou porque uma ou mais variáveis apresentaram pouca variância. À posteriori, foram excluídas oito díades devido a apresentarem mau ajustamento. Após esta seleção, a amostra final foi composta por oito díades terapêuticas (cliente-terapeuta) da Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde (UPCS) do Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve. Os clientes completaram o processo de psicoterapia psicodinâmica breve de acordo com o modelo *Treating Affect Phobia* (McCullough et al., 2003), tendo realizado em média 54.63 ( $DP = 16.27$ ) sessões de 50 minutos. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 20 e os 43 anos ( $M = 26.25$ ;  $DP = 7.15$ ) e a maioria era do sexo feminino (62.5%). No que diz respeito ao funcionamento social, ocupacional e psicológico dos clientes, este foi avaliado no início do processo, com recurso à *General Assessment of Functioning scale* (GAF; Escala de Avaliação Global do Funcionamento) numa escala de 1 a 100. A média desta variável foi de 52.38 ( $DP = 4.78$ ), o que significa que os clientes tinham indicação para a terapia TFA (i.e., em que os clientes devem apresentar uma pontuação da GAF igual ou superior a 50).

Relativamente aos terapeutas, a amostra foi composta por dois psicólogos clínicos (1 homem e 1 mulher) que seguem o modelo em estudo na sua prática clínica. Um dos terapeutas é um clínico sénior com formação em psicoterapias breves de orientação psicodinâmica, e outra uma estudante de doutoramento e psicóloga clínica com três anos de experiência. Quanto à distribuição dos casos por terapeuta, esta foi feita por conveniência, sendo que 12.5% dos casos foram seguidos pelo terapeuta e os restantes 87.5 % pela terapeuta.

Para estimar os resultados obtidos ao longo do processo, recorreremos a uma Análise Linear Hierárquica, tendo com variável preditora o tempo (sessões) e como variável dependente a sintomatologia (OQ-10 após cada sessão). Os resultados obtidos sugerem

que, em média, os clientes obtiveram um decréscimo significativo da sintomatologia entre sessões ( $\beta = -.06$ ,  $t = -2.31$ ,  $p = .025$ ).

## **Instrumentos**

### ***Emotional Experience Self-Report***

O *Emotional Experience Self-Report* (EE-SR), desenvolvido por Fisher e colaboradores em 2016, é uma medida aplicada para avaliar as estimativas dos clientes acerca da sua experiência emocional durante uma sessão. É solicitado aos clientes que avaliem um item numa escala de *Likert* de 7 pontos (de 0 – “Na sessão de hoje, estive desconectado das minhas emoções” a 7 – “Na sessão de hoje, estive emocionalmente envolvido e experienciei plena e vividamente as minhas emoções”). A fiabilidade do teste-reteste foi de .61 (Fisher et al., 2016). A escala foi traduzida e adaptada para português por Ferreira e Janeiro (2021).

### ***Inventário de Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido (IAT-RR)***

O Inventário de Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido (IAT-RR; Ramos, 2008) é a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do *Working Alliance Inventory-Short Revised* (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006). Este instrumento avalia a qualidade da aliança terapêutica, existindo duas versões, a do cliente (WAI-SR) e a do terapeuta (WAI-SR-T). A versão do cliente é composta por 12 itens, igualmente distribuídos pelas três subescalas (Objetivos, Tarefas e Vínculos), sendo a versão do terapeuta uma medida comparável de 10 itens. Cada item é classificável numa escala *Likert* de 5 pontos (de 1 – Raramente a 5 – Sempre) e uma maior classificação representa uma melhor avaliação da aliança terapêutica. No que diz respeito à fidelidade da adaptação portuguesa, foi reportada uma boa consistência interna tanto para a versão do cliente ( $\alpha = .85$ ) (Ramos, 2008) como do terapeuta ( $\alpha = .92$ ) (Dias, 2022). Quanto à consistência interna das subescalas, a versão do cliente apresentou valores aceitáveis de consistência interna, sendo os Alphas de .72 para a subescala de Tarefas, de .80 para a de Objetivos e de .64 para a de Vínculo (Ramos, 2008).

### ***Outcome Questionnaire 10***

O *Outcome Questionnaire 10* (OQ-10; Lambert et al., 1998; versão portuguesa: Machado & Fassnacht, 2014) é uma versão breve do *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2;

Lambert et al., 1996), que permite monitorizar as mudanças nos sintomas clínicos ao longo de curtos períodos. Este instrumento é composto por 10 itens, distribuídos igualmente por duas subescalas: Bem-estar Psicológico e Desconforto Subjetivo. Cada item é cotado numa escala de 5 pontos do tipo *Likert*, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Quase Sempre). A pontuação total é representativa do nível sintomatologia e pode variar entre 0 e 40, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior severidade da sintomatologia. A versão portuguesa desta medida tem uma boa consistência interna ( $\alpha = .81$ ) (Oliveira et al., 2020).

### **Procedimento de recolha de dados**

A recolha de dados deste estudo foi feita de acordo com as normas da Associação Americana de Psicologia e o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). O procedimento enquadra-se na prática de rotina clínica e monitorização dos processos terapêuticos realizada no Serviço de Psicologia da UAAlg, na qual todos os clientes são convidados a participar na sua primeira consulta de psicoterapia, sendo avisados da natureza voluntária e confidencial da sua participação. Para os participantes que aceitaram, foi-lhes pedido que assinassem consentimentos informados e foram informados de que poderiam desistir a qualquer momento sem prejuízos para o seu processo.

Após cada sessão, os clientes preencheram as medidas de aliança terapêutica, experiência emocional e sintomatologia. O instrumento de aliança terapêutica foi também aplicado aos terapeutas no final de cada sessão.

### **Procedimento de análise de dados**

A análise dos dados foi feita com recurso ao *Group Iterative Multiple Model Estimation* (GIMME) no *software R*, um procedimento de análise desenvolvido por Gates e Molenaar (2012), com o intuito de avaliar a estrutura de relações entre variáveis ao longo do tempo. Tendo por base os modelos de equações estruturais (*unified Structural Equation Modeling*; uSEM), os autores integraram no GIMME dois dos métodos mais utilizados para a análise de séries temporais, os modelos de vetores autorregressivos (VAR) e a modelação de equação estrutural (SEM) (Lane & Gates, 2017). De forma breve, o uSEM calcula como cada variável se prediz a si mesma, ou seja, o efeito de uma

variável num momento ( $t$ ) sobre ela própria no momento seguinte ( $t_{+1}$ ); e a influência diferida entre variáveis, ou seja, o efeito de cada uma das variáveis num momento ( $t$ ) sobre as outras variáveis no momento seguinte ( $t_{+1}$ ) (Gates et al., 2017). Adicionalmente, o uSEM identifica a estrutura de conexões contemporâneas diretas (i.e., não correlacionais) entre as variáveis (Gates et al., 2017; Lane & Gates, 2017).

Além disso, o GIMME permite conciliar uma abordagem nomotética e idiográfica, sendo esse um dos aspetos mais interessantes deste procedimento. Isto é, identifica a estrutura de relações contemporâneas e diferidas no tempo a nível individual e permite, na presença de homogeneidade entre sujeitos, diferenciar estruturas que definem subgrupos de sujeitos e uma estrutura de relações comum ao grupo (Lane & Gates, 2017).

Assim, o GIMME começa por analisar cada caso até identificar um modelo de grupo, ou seja, um padrão de caminhos comuns à maioria dos indivíduos na amostra. Os caminhos entre variáveis identificados apenas são incluídos no modelo de grupo se forem significativos para, pelo menos, 75% dos indivíduos (Gates & Molenaar, 2012). O GIMME pode também identificar subgrupos de indivíduos que partilham uma mesma estrutura de caminhos contemporâneos e/ou diferidos entre variáveis, sendo que nesta instância os caminhos apenas são adicionados ao modelo de subgrupo se forem significativos para 50% da amostra (Lane & Gates, 2017; Nestler & Humberg, 2021). Neste estudo, foi necessário ajustar os critérios para 65% ao nível do grupo, e 45% para a definição de subgrupos.

Por último, os caminhos identificados no modelo de grupo e, potencialmente, nos subgrupos, servem como ponto de partida para estimar modelos individuais para cada um dos sujeitos da amostra. Nesta etapa de análise os caminhos são adicionados ao modelo do indivíduo até que se obtenha um modelo com bom ajustamento para cada caso (Nestler & Humberg, 2021). Este ajustamento do modelo aos dados é definido com base em dois índices padrão, o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e o *Comparative Fit Index* (CFI). Considera-se que o modelo tem um ajustamento muito bom quando o RMSEA assume valores iguais ou inferiores a .05 e quando os valores do CFI, são iguais ou superiores a .95. (Lane & Gates, 2017; Nestler & Humberg, 2021).

## Resultados

Os dados foram submetidos a uma análise através do GIMME (versão 4.2.0), tendo sido identificadas relações a nível de grupo, e obtidos dois subgrupos.

Na tabela 1 são apresentados os valores de ajustamento de cada uma das oito díades.

**Tabela 1**

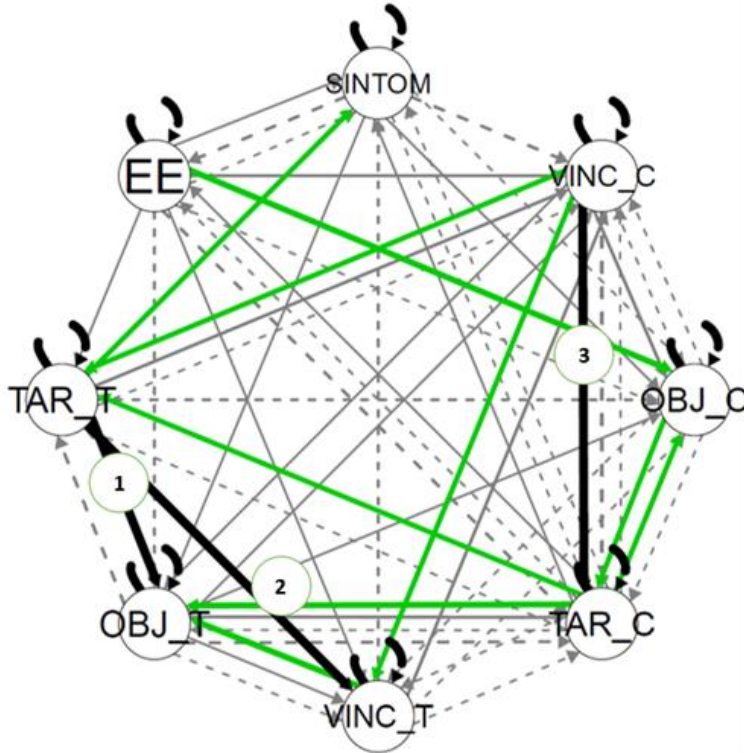
*Valores de ajustamento*

Díade	Índices de Ajustamento	
	RMSEA	CFI
Díade 1	0.05	0.981
Díade 2	0.056	0.972
Díade 3	0.069	0.971
Díade 4	0.055	0.971
Díade 5	0.056	0.974
Díade 14	0.050	0.975
Díade 18	0.073	0.977
Díade 29	0.039	0.989

A maioria das díades apresentou valores de ajustamento através do RMSEA entre .05 e .10, o que é indicativo de um ajustamento aceitável. Relativamente ao ajustamento com base no CFI, todas as díades apresentaram valores superiores a .95, o que reflete um ajustamento muito bom.

## Relações identificadas ao nível do grupo

*Figura 1* Diagrama de todas as associações estimadas pelo GIMME (grupo, subgrupo e individuais)



*Nota.* As linhas contínuas indicam um efeito contemporâneo e as linhas a tracejado indicam um efeito diferido. As linhas pretas indicam um efeito ao nível do grupo; linhas verdes um efeito ao nível do subgrupo e linhas cinzentas um efeito único a um indivíduo. A largura da linha corresponde ao número de indivíduos para os quais a relação foi estimada.

EE = Experiência Emocional; SINTOM = Sintomas; VIN\_C = Vínculo na perspectiva do cliente; VIN\_T = Vínculo na perspectiva do terapeuta; OBJ\_C = Acordo sobre os objetivos na perspectiva do cliente; OBJ\_T = Acordo sobre os objetivos na perspectiva do terapeuta; TAR\_C = Acordo sobre as tarefas na perspectiva do cliente; TAR\_T = Acordo sobre as tarefas na perspectiva do terapeuta.

No que diz respeito aos caminhos identificados para toda a amostra, verificou-se que o acordo nas tarefas avaliado pelo terapeuta mostrou predizer contemporânea e

positivamente o acordo nos objetivos ( $\beta = .55$ ) (Figura 1, conexão 1) e o vínculo ( $\beta = .43$ ) (Figura 1, conexão 2) do terapeuta. Isto é, na perspectiva do terapeuta, a existência de concordância nas tarefas terapêuticas contribuiu para níveis mais altos de acordo nos objetivos e de vínculo.

Na perspectiva do cliente, a dimensão vínculo mostrou predizer contemporânea e negativamente o acordo nas tarefas ( $\beta = -.33$ ) (Figura 1, conexão 3). Tal indica que maior vínculo percebido pelo cliente conduziu a valores menores de concordância nas tarefas avaliada pelo mesmo. Ou, pelo contrário, menor vínculo avaliado pelo cliente contribuiu para valores mais elevados de concordância nas tarefas de acordo com o cliente.

### **Relações diretas entre variáveis ao nível dos subgrupos**

Como referido, além das relações entre variáveis comuns a toda a amostra, foram identificados dois subgrupos pelo GIMME com padrões de relações distintos entre as variáveis, sendo cada subgrupo constituído por quatro díades. A caracterização da amostra por subgrupos é apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2***Caraterização da amostra por subgrupos*

Subgrupo	Díade	Pedido	Nº de sessões	Género	Idade	GAF Inicial	Terapeuta
1	1	Insatisfação consigo e com a vida no geral.	72	F	23	60	1
	3	Ansiedade e Depressão.	60	F	23	51	2
	5	Depressão, ansiedade, pânico e fobia social.	47	M	43	49	2
	18	Apoio para lidar com lidar com situações de stress e ansiedade.	29	F	25	51	2
2	2	Alguma dificuldade de lidar com muitas coisas e stress, por vezes não interagir de forma correta com as pessoas, e desorientação com os estudos.	76	F	20	49	2
	4	Falta de motivação em geral, falta de amor próprio.	59	M	23	57	2
	14	Desmotivação com a vida. Baixa autoestima. Problemas nos relacionamentos.	59	F	28	46	2
	29	Stress emocional em casa. Pensamentos suicidas muito esporádicos. Dificuldade em encontrar parceira, trauma emocional. Baixa autoestima e refúgio em jogos.	36	M	25	56	2

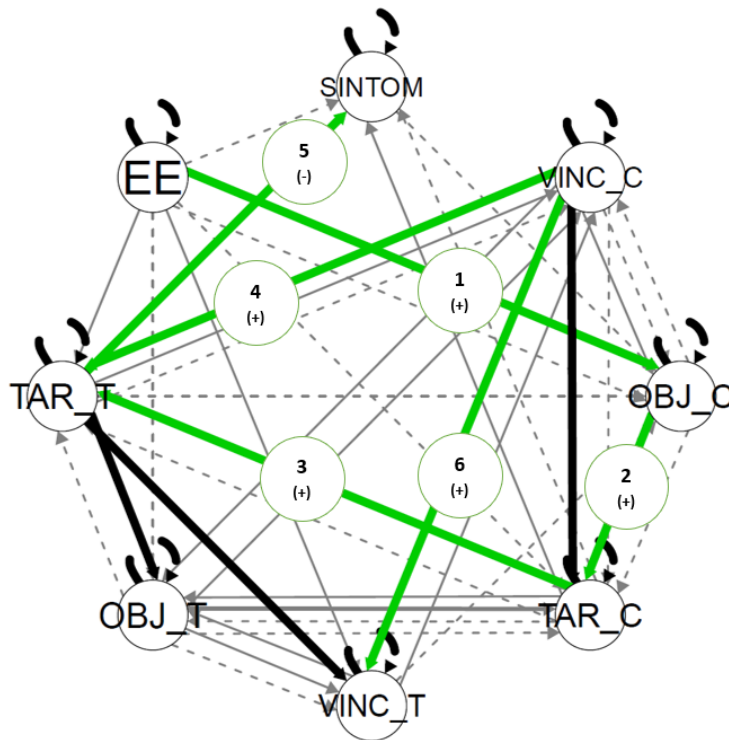
Os quatro clientes do subgrupo 1 tinham idades compreendidas entre os 23 e os 43 anos ( $M = 28.50$ ;  $DP = 9.71$ ) e a maioria era do sexo feminino (75%). Os valores médios iniciais da GAF foram de 52,75 ( $DP = 4.92$ ). Os participantes completaram, em média, 51.75 sessões ( $DP = 18.06$ ), conduzidas na maioria pelo terapeuta 2 (75%). Relativamente ao subgrupo 2, este foi igualmente composto por homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 28 anos ( $M = 24.00$ ;  $DP = -3.38$ ). Os valores médios

iniciais da GAF foram 52 ( $DP = 5.35$ ). Os clientes deste subgrupo completaram, em média, 57.50 sessões ( $DP = 16.42$ ), conduzidas pelo terapeuta 2.

### Subgrupo 1

**Figura 2**

*Diagrama das relações estimadas pelo GIMME para o subgrupo 1*



*Nota.* As linhas contínuas indicam um efeito contemporâneo e as linhas a tracejado indicam um efeito diferido. As linhas pretas indicam um efeito ao nível do grupo; linhas verdes um efeito ao nível do subgrupo e linhas cinzentas um efeito único a um indivíduo. A largura da linha corresponde ao número de indivíduos para os quais a relação foi estimada.

EE = Experiência Emocional; SINTOM = Sintomas; VIN\_C = Vínculo na perspectiva do cliente; VIN\_T = Vínculo na perspectiva do terapeuta; OBJ\_C = Acordo sobre os objetivos na perspectiva do cliente; OBJ\_T = Acordo sobre os objetivos na perspectiva do terapeuta; TAR\_C = Acordo sobre as tarefas na perspectiva do cliente; TAR\_T = Acordo sobre as tarefas na perspectiva do terapeuta.

Relativamente aos indivíduos do subgrupo 1, todos os resultados são contemporâneos, isto é, os caminhos significativos encontrados ocorreram na mesma sessão.

Os resultados sugerem que a experiência emocional mostrou prever positivamente o acordo relativo aos objetivos terapêuticos na perspectiva do cliente ( $\beta = .17$ ) (Figura 2, conexão 1). Tal indica que a exposição a emoções temidas contribuiu para que os clientes estivessem mais alinhados com os objetivos do seu tratamento.

Por sua vez, o acordo relativo aos objetivos terapêuticos na perspectiva do cliente mostrou prever positivamente o acordo nas tarefas terapêuticas ( $\beta = .61$ ) na perspectiva deste mesmo avaliador (Figura 2, conexão 2). Tal sugere que a percepção de maior alinhamento com os seus terapeutas nos objetivos do tratamento por parte dos clientes, correspondeu a um acordo maior relativamente às tarefas necessárias para alcançar tais objetivos.

O acordo nas tarefas na perspectiva do cliente mostrou prever a mesma dimensão na perspectiva do terapeuta ( $\beta = .38$ ) (Figura 2, conexão 3). Isto indica que a existência de concordância nas tarefas terapêuticas na perspectiva do cliente contribuiu para níveis mais altos de concordância nas tarefas na perspectiva do terapeuta na mesma sessão. A dimensão vínculo na perspectiva do cliente, também mostrou prever o acordo nas tarefas terapêuticas na perspectiva do terapeuta ( $\beta = .09$ ) (Figura 2, conexão 4). Ou seja, maior vínculo percebido pelo cliente contribuiu para maiores níveis de concordância nas tarefas na perspectiva do terapeuta.

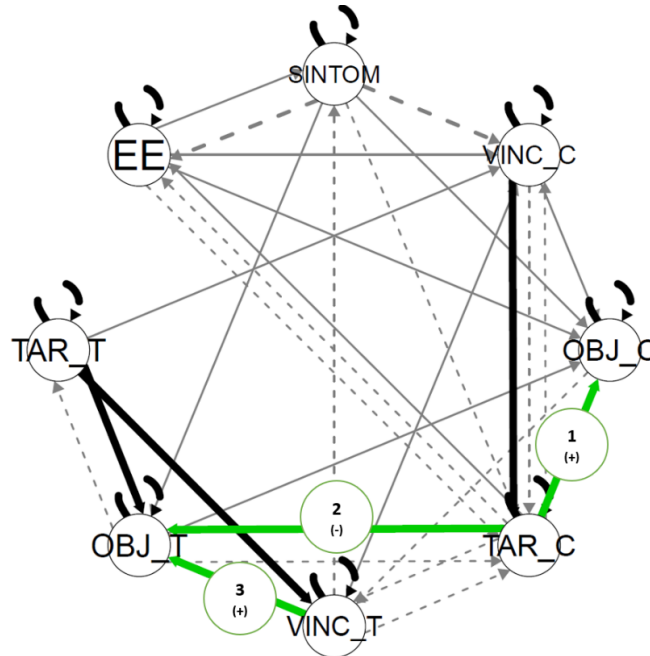
Na perspectiva do terapeuta, o acordo nas tarefas terapêuticas mostrou prever negativamente a sintomatologia ( $\beta = -.31$ ) (Figura 2, conexão 5), o que significa que a existência de concordância nas tarefas segundo o terapeuta conduziu à diminuição da sintomatologia.

Por último, a dimensão vínculo na perspectiva do cliente mostrou prever positivamente o vínculo na perspectiva do terapeuta ( $\beta = .08$ ) (Figura 2, conexão 6). Tal sugere que, maior vínculo percebido pelo cliente contribuiu para um maior vínculo percebido pelo terapeuta.

## Subgrupo 2

Figura 3

Diagrama das relações estimadas pelo GIMME para o subgrupo 2



*Nota.* As linhas contínuas indicam um efeito contemporâneo e as linhas a tracejado indicam um efeito diferido. As linhas pretas indicam um efeito ao nível do grupo; linhas verdes um efeito ao nível do subgrupo e linhas cinzas um efeito único a um indivíduo. A largura da linha corresponde ao número de indivíduos para os quais a relação foi estimada.

EE = Experiência Emocional; SINTOM = Sintomas; VINC\_C = Vínculo na perspectiva do cliente; VINC\_T = Vínculo na perspectiva do terapeuta; OBJ\_C = Acordo sobre os objetivos na perspectiva do cliente; OBJ\_T = Acordo sobre os objetivos na perspectiva do terapeuta; TAR\_C = Acordo sobre as tarefas na perspectiva do cliente; TAR\_T = Acordo sobre as tarefas na perspectiva do terapeuta.

No que concerne às relações específicas para os indivíduos do subgrupo 2, tal como no subgrupo 1, todos os resultados são contemporâneos.

Os dados revelam que o acordo nas tarefas terapêuticas na perspectiva do cliente possui efeitos díspares: ou seja, mostrou predizer positivamente o acordo nos objetivos terapêuticos na perspectiva do cliente ( $\beta = .42$ ) (Figura 3, conexão 1); mas negativamente o acordo nos objetivos quando avaliado na perspectiva do terapeuta ( $\beta = -.17$ ) (Figura 3, conexão 2). Isto significa que a existência de concordância nas tarefas terapêuticas por parte do cliente contribuiu para um maior alinhamento com os objetivos do seu

tratamento. Todavia, a concordância do cliente com as tarefas necessárias para atingir a sua melhoria pareceu conduzir a menores níveis de acordo sobre os objetivos para o terapeuta.

Por último, o vínculo na perspectiva do terapeuta mostrou predizer positivamente o acordo relativo aos objetivos na perspectiva deste mesmo avaliador ( $\beta = .17$ ) (Figura 3, conexão 3), o que indica que um maior vínculo contribuiu para valores mais altos de acordo nos objetivos na perspectiva do terapeuta.

### ***Diferenças entre subgrupos nas variáveis do processo terapêutico***

No sentido de avaliar se existem diferenças entre subgrupos no que se refere às variáveis que caracterizam os indivíduos e que descrevem o processo, realizámos um teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Diferenças entre subgrupos nas variáveis que caracterizam os indivíduos e que descrevem o processo*

	Mediana		Mann-Whitney		Magnitude do efeito
	Subgrupo 1	Subgrupo 2	U	p-value	
Sintomas	22.20	17.55	2.00	.042	0.6
Experiência Emocional	4.31	4.76	5.50	.234	0.3
Aliança Terapêutica					
Cliente					
Vínculo	4.18	3.04	2.00	.042	0.6
Objetivos	4.19	3.93	4.00	.062	0.4
Tarefas	3.82	3.74	7.00	.387	0.1
Terapeuta					
Vínculo	4.22	4.10	6.00	.282	0.2
Objetivos	3.77	3.66	8.00	.5	0.0
Tarefas	3.92	3.94	7.00	.387	0.1
GAF	51.00	52.50	6.50	.330	0.2
Idade	24.00	24.00	6.50	.328	0.2
Sessões	53.50	59.00	7.00	.386	0.1

Verificou-se que a mediana dos sintomas no subgrupo 1 ( $Mdn = 22.20$ ) foi mais elevada do que no subgrupo 2 ( $Mdn = 17.55$ ), sendo a diferença entre estes valores significativa ( $U = 2.00, p = .042, r = .6$ ). Tal indica que os sujeitos do subgrupo 1 apresentaram mais sintomatologia.

Observou-se também, uma mediana do vínculo (avaliado pelo cliente) mais elevada no subgrupo 1 ( $Mdn = 4.18$ ) comparativamente ao subgrupo 2 ( $Mdn = 3.04$ ), sendo esta diferença significativa ( $U = 2.00, p = .042, r = .6$ ). Este resultado sugere que os clientes do subgrupo 1 percebem ter estabelecido um melhor vínculo com o terapeuta. No que concerne às restantes variáveis, não se verificaram diferenças significativas entre os sujeitos dos dois subgrupos. Não obstante, é de salientar que a mediana do acordo nos objetivos (na perspectiva do cliente) do subgrupo 1 ( $Mdn = 4.19$ ) foi mais elevada que no subgrupo 2 ( $Mdn = 3.93$ ), embora esta diferença não seja significativa. Todavia, o valor da magnitude do efeito é considerado médio ( $U = 4.00, p = .062, r = .4$ ), sugerindo uma tendência dos clientes do subgrupo 1 para considerarem maior alinhamento com o terapeuta acerca dos objetivos.

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo a descrição do processo de mudança na TFA, através da identificação de padrões de relação entre a EE, as dimensões da AT na perspectiva de ambos os elementos da díade e os sintomas. Este objetivo de natureza exploratória pretendeu suplantar as limitações das investigações prévias relativas ao estudo dos mecanismos de mudança em psicoterapia, seguindo as recomendações metodológicas mais recentes que incluem a exploração das relações entre os fatores implicados no processo de forma longitudinal e com uma abordagem tanto idiográfica quanto nomotética (Altman et al., 2020; Ramseyer et al., 2014).

Os resultados encontrados revelaram associações a nível de grupo, isto é, comuns a toda a amostra, bem como dois subgrupos com padrões de relações distintos. Relativamente aos padrões de relações comuns à amostra, foi possível identificar associações entre as dimensões da AT, porém estas circunscreveram-se à percepção de cada um dos elementos da díade sobre a aliança estabelecida com o outro, não havendo, assim, um padrão de interação na díade. No que se refere à perspectiva do cliente, verificou-se uma associação negativa entre vínculo e concordância nas tarefas. É possível que, existindo uma relação segura, de confiança em que o cliente se sente aceite e compreendido pelo terapeuta, a sessão decorra sem que haja a necessidade de existir acordo nas tarefas específicas a ser realizadas de acordo com o cliente. Ou o inverso, quando o vínculo percebido não é tão elevado, o cliente poderá focar-se mais nas tarefas específicas. Este resultado parece sugerir que os clientes perspetivam a AT de um modo dicotómico. Isto é, ou valorizam as dimensões relacionais ou as que se centram na tarefa. Podemos ainda hipotetizar que, ao longo do processo, em diferentes momentos, os clientes valorizam mais uma destas dimensões em detrimento da outra.

Quanto à perspectiva do terapeuta, maior concordância nas tarefas terapêuticas contribuiu para níveis mais elevados de acordo nos objetivos e de vínculo. Isto poderá sugerir que o terapeuta privilegia o acordo nas tarefas, sendo que este pode ser entendido como a adesão ao racional teórico que, na TFA, implica a exposição aos afetos evitados. Uma vez estabelecido o acordo face às tarefas, o terapeuta explora que afetos específicos (objetivos da aliança terapêutica) o cliente precisa de trabalhar e, simultaneamente, o vínculo emocional é fortalecido.

Numa primeira leitura, se atendermos apenas aos resultados do grupo, a dinâmica da relação entre as dimensões da AT depende do avaliador. Para o cliente, existe uma

dicotomia entre vínculo e tarefas, sugerindo que o cliente oscila na relação terapêutica entre um posicionamento emocional e pragmático (tarefa). Para o terapeuta, o acordo perspectivado relativamente às tarefas determina a sua avaliação dos objetivos e do vínculo. O terapeuta parece ser mais pragmático, pois valoriza o entendimento partilhado de aspetos concretos da terapia para que globalmente avalie a AT como positiva.

No que concerne ao subgrupo 1, os resultados evidenciam a interação entre EE, dimensões da AT na díade e sintomas, remetendo para a existência de um caminho que potencia a redução dos sintomas. Neste caminho, a EE, por via das dimensões mais cognitivas da AT (acordo sobre os objetivos e sobre as tarefas) na perspectiva do cliente, contribuiu positivamente para o acordo nas tarefas na perspectiva do terapeuta o que, por sua vez, resultou na diminuição sintomática. Este resultado é um dos mais interessantes que encontramos neste estudo e pode ser discutido a partir de duas perspectivas. Primeiro, de acordo com o TAF, e também verificado em estudos empíricos (Fisher et al., 2016; Auszra et. al., 2013; Pos et al., 2009), seria de esperar que a EE plena ocorresse a partir do momento em que tal se estabelece como uma tarefa/objetivo terapêutico que é sustentada por um vínculo de confiança. Contudo, observou-se que a EE é que influencia a AT e esta, por sua vez, contribuiu para os resultados. Tanto Beutler e colaboradores (2000, cit in Whelton, 2004), como Peluso e Freund (2019), verificaram que a relação entre EE e os resultados foi mediada pela AT. Assim, em termos de implicações práticas para a TFA, o terapeuta deve atender desde início à experiência emocional imediata do cliente para a potenciar através da relação terapêutica, ao invés de, como se sugere na TFA, primeiro estabelecer a relação para depois potenciar a experiência emocional.

Uma outra perspectiva refere-se às dimensões da AT que estão envolvidas nos caminhos de mediação. Parece que o cliente e o terapeuta potenciam a EE na sessão através de dimensões da AT que remetem para uma negociação explícita e que se situam num nível mais cognitivo e, inversamente, menos emocional (vínculo). Podemos hipotetizar que a EE trazida pelo cliente para as sessões precisa de ser elaborada/mentalizada (Bateman & Fonagy, 2016). Isto significa que o cliente pode pensar sobre o que sente e com o terapeuta definir tarefas, dada a postura pragmática deste, que o ajudem a elaborar as emoções.

Relativamente ao subgrupo 1, observou-se um outro resultado interessante. O efeito do vínculo na perspectiva do cliente sobre a diminuição dos sintomas ocorre através das tarefas na perspectiva do terapeuta. Este resultado sugere, que a dimensão emocional da AT avaliada pelo cliente é potenciada através de uma postura pragmática do terapeuta. Assim, dado que as melhorias ocorrem sempre através das tarefas avaliadas pelo

terapeuta, apesar do pragmatismo que tal pode sugerir, mostra também que está atento às dimensões emocionais do cliente, tanto ao modo como o cliente avalia o vínculo como à sua EE. No que concerne ao subgrupo 2, o padrão de relações característico do processo destes sujeitos mostra que o aumento do acordo nas tarefas na perspectiva do cliente conduziu a um maior acordo sobre os objetivos na perspectiva do mesmo avaliador. Este resultado, sugere que, ao avaliar que está em concordância com o terapeuta sobre a necessidade de se expor às emoções evitadas (tarefas), o cliente sente-se mais capaz de discutir as emoções específicas a ser trabalhadas, ou seja, quais os objetivos terapêuticos. Além disso, mais vínculo segundo o terapeuta conduziu a mais acordo relativo aos objetivos na perspectiva do mesmo. Face ao resultado encontrado entre as dimensões da AT na perspectiva do terapeuta no grupo, neste subgrupo a dimensão emocional da relação terapêutica parece contrabalançar a perspectiva mais pragmática do terapeuta relativamente ao acordo nos objetivos. Isto é, tanto as tarefas como o vínculo, parecem contribuir para a definição dos objetivos. Outro resultado encontrado refere-se ao aumento no acordo sobre as tarefas, por parte do cliente, levar à diminuição do acordo relativo aos objetivos, na perspectiva do terapeuta. A associação negativa entre estas variáveis é inesperada, sendo difícil de explicar porque teoricamente a associação entre as tarefas e os objetivos tende a ser positiva.

Ao comparar os dois subgrupos, no subgrupo 1, no qual a EE através da AT conduz à redução dos sintomas, a interação ocorre entre as variáveis de processo (EE e dimensões da AT) bem como a variável de resultado (sintomas), enquanto no subgrupo 2 a interação é limitada às dimensões da AT. O subgrupo 1 apresenta uma combinação de caminhos mais complexa que engloba todas as variáveis de processo e que conduz à redução sintomática. Além disso, os resultados do teste não-paramétrico revelaram que, na perspectiva do cliente, os sujeitos deste subgrupo tinham níveis médios mais altos de sintomas, de vínculo e acordo nos objetivos. Tal permite especular que por terem sintomas mais elevados se envolveram mais no processo terapêutico. Já no subgrupo 2, o padrão de relações entre as dimensões da AT não explica o sucesso do tratamento, sugerindo que outras variáveis não avaliadas terão contribuído para o processo de mudança.

Resta salientar que, em ambos os subgrupos, apenas foram identificadas ligações que ocorreram na mesma sessão e nunca de forma diferida. Tal indica que não existe uma memória do processo no que diz respeito à relação entre as variáveis que o definem, sendo que cada sessão tem um valor próprio. Por exemplo, as tarefas na sessão atual não influenciam os sintomas na sessão seguinte.

Não obstante a relevância dos resultados obtidos, a presente investigação contém algumas limitações. A primeira limitação está relacionada com o tamanho da amostra final. Isto deve-se à exigência do procedimento de análise em termos de condições de aplicação, uma vez que implica séries temporais longas, variância nos dados e poucos *missing values*. Esses critérios levaram a uma diminuição das 54 díades iniciais para apenas oito analisadas. Uma segunda limitação refere-se à reduzida informação clínica sobre os casos, impossibilitando que possam ser extraídas outras conclusões acerca dos padrões de relações encontrados. Por último, o baixo número de terapeutas (dois) e a distribuição desigual dos clientes pelos mesmos implica que seja feita uma interpretação cautelosa dos resultados.

De forma a colmatar estas limitações, sugere-se a replicação deste estudo com uma amostra maior e mais homogénea. Adicionalmente, seria também importante obter mais informação que permita uma maior triangulação entre as variáveis clínicas dos clientes e do próprio processo.

Como sugestões para investigações futuras, recomenda-se a análise de sessões gravadas de modo a observar a dinâmica interpessoal concreta que ocorre em cada sessão, e que conduz aos dois subgrupos observados. Ademais, dado que no subgrupo 2 se registou uma diminuição dos sintomas, mas nenhuma das variáveis analisadas explicam esta mudança, seria ainda pertinente analisar o possível contributo de outras variáveis, como as técnicas psicodinâmicas, ou a relação real.

## **Conclusão**

A presente investigação permitiu examinar como se processa a mudança na TFA com base nos padrões de relação entre a EE, as dimensões da AT na perspectiva dos dois elementos da díade e os sintomas. Os dados encontrados apresentam um contributo científico inovador, que enfatiza a importância da EE na psicoterapia, não só como um objetivo terapêutico para o cliente, mas também como uma variável de processo que contribui para os resultados. Além disso, salientam o papel das dimensões da AT como potenciadores desse efeito, reforçando que tanto a EE como a AT são fatores comuns determinantes para a mudança na TFA.

Com base nas descobertas deste estudo, sugerimos que os terapeutas que seguem o modelo TFA na sua prática clínica sejam mais sensíveis ao modo como o cliente elabora as emoções no contexto da relação terapêutica, ajudando-os neste processo de elaboração da sua experiência emocional.

Apesar dos resultados inovadores obtidos com o método de análise utilizado, é ainda necessária a contínua exploração do mesmo de forma a compreender todas as suas potencialidades para o estudo do processo de mudança em psicoterapia.

## Referências Bibliográficas

- Altman, A. D., Shapiro, L. A., & Fisher, A. J. (2020). Why does therapy work? An idiographic approach to explore mechanisms of change over the course of psychotherapy using digital assessments. *Frontiers in psychology, 11*, 782. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00782>
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research, 10*(3), 173–178.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research, 23*(6), 732–746. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.816882>
- Bachelor, A., & Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 9*(1), 39–53.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Dias, M. J. D. M. (2022). *Presença, aliança e atitudes dos clientes face à terapia online* (Doctoral dissertation).
- Falkenström, F.; Hatcher, R. L.; Holmqvist, R. (2015). *Confirmatory Factor Analysis of the Patient Version of the Working Alliance Inventory-Short Form Revised. Assessment, 22*(5), 581–593. <https://doi.org/10.1177/1073191114552472>
- Ferreira, L. I. & Janeiro, L. (2021). Questionário de Experiência Emocional Alargado [documento não publicado]. Universidade do Algarve.
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy, 53*(1), 105–116. <https://doi.org/10.1037/pst0000041>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. In J. Norcross & M. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (Vol. 1, 3rd ed., pp. 24–78). Oxford University Press.
- Flückiger, C., Horvath, A. O., & Brandt, H. (2022). The evolution of patients' concept of the alliance and its relation to outcome: A dynamic latent-class structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology, 69*(1), 51–62. <https://doi.org/10.1037/cou0000555>
- Gates, K. M., & Molenaar, P. C. (2012). Group search algorithm recovers effective connectivity maps for individuals in homogeneous and heterogeneous samples. *NeuroImage, 63*(1), 310–319.

- <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.06.026>
- Gates, K. M., Lane, S. T., Varangis, E., Giovanello, K., & Guskiewicz, K. (2017). Unsupervised Classification During Time-Series Model Building. *Multivariate behavioral research*, 52(2), 129–148. <https://doi.org/10.1080/00273171.2016.1256187>
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology*, 62(5), 611–630. <https://doi.org/10.1002/jclp.20252>
- Greenberg, L. S. (2016). The clinical application of emotion in psychotherapy. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 670–684). New York, NY: Guilford.
- Greenberg, L. S., Malberg, N. T., & Tompkins, M. A. (2019). *Working with emotion in psychodynamic, cognitive behavior, and emotion-focused psychotherapy*. American Psychological Association <https://doi.org/10.1037/0000130-000>
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hatcher, R. L., Lindqvist, K., & Falkenström, F. (2020). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory—Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy Research*, 30(6), 706–717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>
- Hoffart, A., Øktedalen, T., Langkaas, T. F., & Wampold, B. E. (2013). Alliance and outcome in varying imagery procedures for PTSD: A study of within-person processes. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 471–482. <https://doi.org/10.1037/a0033604>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(4), 375–401. <https://doi.org/10.1023/A:1009479100305>
- Janeiro, L., Ribeiro, E., Faísca, L., & Lopez Miguel, M. J. (2018). Therapeutic alliance dimensions and dropout in a therapeutic community: “Bond with me and I will stay”. *Therapeutic Communities*, 39(2), 73–82. <https://doi.org/10.1108/TC-12-2017-0036>
- Kivlighan, D. M., Jr. (2007). Where is the relationship in research on the alliance? Two methods for analyzing dyadic data. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 423–433. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.4.423>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 3(4), 249–258. [https://doi.org/10.1002/\(SICD\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICD)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Lambert, M.J., Finch, A.M., Okiishi, J.C., Burlingame, G.M., McKelvey, C., & Reisinger, C. W. (1998). *Administration and scoring manual for the OQ-10.2: An adult outcome questionnaire for screening individuals and population outcome monitoring*. American Professional Credentialing Services LLC.

- Lane, S. T., & Gates, K. M. (2017). Automated selection of robust individual-level structural equation models for time series data. *Structural Equation Modeling*, 24(5), 768–782. <https://doi.org/10.1080/10705511.2017.1309978>
- Machado, P., & Fassnacht, D. B. (2014). The portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427–437. <https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Malan, D. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworth.
- McCullough, L. (1998). Short term psychodynamic therapy as a form of systematic desensitization: Treating affect phobias. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4(4), 35–53. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199924\)4:4<35::AID-SESS4>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6572(199924)4:4<35::AID-SESS4>3.0.CO;2-G)
- McCullough, L., & Andrews, S. (2001). Assimilative integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 82–97. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.82>
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. The Guilford Press.
- Molenaar, P. C. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement*, 2(4), 201–218.
- Norcross, J., & Lambert, M. (2019). What Works in the Psychotherapy Relationship: Results, Conclusions, and Practices. In *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (Vol. 1, 3rd ed., pp. 631–646). Oxford University Press.
- Nestler, S., & Humberg, S. (2021). GIMME's ability to recover group-level path coefficients and individual-level path coefficients. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 17(1), 58–91. <https://doi.org/10.5964/meth.2863>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Osborn, K., Ulvenes, P., Wampold, B., & McCullough, L. (2014). *Creating change through focusing on affect: Affect phobia therapy*. In N. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (p. 146–174). The Guilford Press.
- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2019). Emotional Expression. In J. Norcross & M. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (Vol. 1, 3rd ed., pp. 421–460). Oxford University Press.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1055–1066. <https://doi.org/10.1037/a0017059>
- Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory-short revised* (Doctoral dissertation).
- Ramseyer, F., Kupper, Z., Caspar, F., Znoj, H., & Tschacher, W. (2014). Time-series panel analysis (TSPA): Multivariate modeling of temporal associations in psychotherapy process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 828–838. <https://doi.org/10.1037/a0037168>
- Scarantino, A. (2016). The philosophy of emotions and its impact of affective science. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th

- ed., pp. 3– 48). The Guilford Press.
- Suri, G. & Gross, J. J. (2016). Emotion regulation: A valuation perspective. In L.F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland- Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 453– 466). The Guilford Press.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, *17*(6), 629–642. <https://doi.org/10.1080/10503300701320611>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(3), 279–283. <https://doi.org/10.1037/a0023252>
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *11*(1), 58-71. <https://doi.org/10.1002/cpp.392>