

JOANA MARIA TANGARRINHA ABELHEIRA

**Experiência Emocional na psicoterapia: perfis de evolução e
concordância entre perspetivas na díade terapêutica**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

JOANA MARIA TANGARRINHA ABELHEIRA

**Experiência Emocional na psicoterapia: perfis de evolução e
concordância entre perspetivas na díade terapêutica**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^o Doutor Luís de Brito Janeiro



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

Experiência Emocional na psicoterapia: perfis de evolução e concordância entre perspetivas na díade terapêutica

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

(Joana Maria Tangarrinha Abelheira)

Copyright em nome de Joana Maria Tangarrinha Abelheira

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

“La reconnaissance est la memoire du coeur.”

Jean-Baptiste Massieu

A conclusão desta dissertação encerra uma etapa do meu percurso académico já há muito esperada. Como tal, não posso deixar de reconhecer e agradecer todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que chegasse aqui.

A Ti, porque me acompanhas em todos os momentos, dás-me alento e orientas-me para a beleza, a verdade e a bondade.

À minha família por todo o apoio, em especial à minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, a vossa paciência, compreensão e incentivo durante estes tempos foram muito importantes. Agradeço todos os sacrifícios que têm feito em prol da minha educação e formação. Às minhas avós e ao meu avô, pelo exemplo de perseverança, pelo interesse demonstrado no meu percurso e por mostrarem que querem o meu bem.

Ao professor Luís Janeiro, sem o qual esta dissertação não teria sido possível. Agradeço a sua disponibilidade e dedicação na orientação do meu trabalho. Guardo com apreço os conhecimentos partilhados e as palavras encorajadoras.

Obrigada à Laura Ferreira, que foi uma grande ajuda neste processo. Pelo acompanhamento atento e detalhado que contribuiu, sem dúvida, para o aperfeiçoamento do meu trabalho.

Aos terapeutas e clientes envolvidos neste estudo, por disponibilizarem o acesso às suas experiências.

À Filipa, pela entejuda e amizade construída ao longo destes anos. Obrigada por poder contar com a tua companhia pelos caminhos da Psicologia, pela partilha de experiências, angústias e alegrias, mas também pelas sessões de trabalho em conjunto, que foram tão importantes para a conclusão desta dissertação.

Às minhas amigas de sempre, a Catarina, a Emília e a Mariana, pelas conversas que dão vida, por me escutarem, por respeitarem os meus *timings* e me motivarem. Um agradecimento especial às “lisboetas” por terem sido refúgio tantas vezes neste último ano e, sem saberem, me ajudarem recarregar as baterias para continuar.

Ao *ballet*, um reencontro inesperado, que tanto tem contribuído para o meu bem-estar físico e psicológico. Obrigada à professora Eduarda Corridini e às minhas colegas.

Aos demais professores, colegas e amigos com quem tive a graça de partilhar o meu percurso académico na Universidade do Algarve.

Muito obrigada a todos!

Resumo

A Terapia para a Fobia aos Afetos (TFA) é um modelo de terapia psicodinâmica segundo o qual a experiência e expressão das emoções se constituem como um mecanismo fundamental para a obtenção de resultados. A investigação ao nível da Experiência Emocional (EE) tem vindo a indicá-la como preditora de melhores resultados terapêuticos, contudo, a compreensão desta variável ainda é limitada. O presente estudo pretendeu identificar perfis de evolução da EE e averiguar a existência de concordância (*vs.* discordância) entre os perfis de evolução da EE relatada pelos clientes (EE-C) e pelos seus terapeutas (EE-T), assim como descrever a influência destes fenómenos nos resultados terapêuticos. A amostra foi constituída por 2 psicólogos e 14 clientes que se encontravam em acompanhamento psicoterapêutico de acordo com a TFA, no Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve. Após cada sessão, os clientes responderam a medidas sobre a sua EE e sintomatologia, enquanto os terapeutas responderam a uma medida sobre a EE do cliente. Através da análise dos dados com recurso ao Modelo Linear Hierárquico, verificamos que a EE-C se manteve constante ao longo do tempo e não se relacionou com os resultados, enquanto a EE-T evoluiu de forma crescente e mostrou-se associada à diminuição da sintomatologia. Por sua vez, com recurso às regressões polinomiais em combinação com a Análise de Superfície de Resposta, verificou-se que concordância entre as perspetivas não se associou aos resultados da terapia. Contudo, os resultados sugerem que poderá existir uma associação entre a discordância e os resultados, sendo que com a EE-C superior à EE-T se verificou maior sintomatologia e, por comparação, quando a EE-T foi superior à EE-C verificou-se menor sintomatologia. Esta mesma associação entre a discordância e os resultados também se observou de forma mais evidente na sessão 20. As conclusões encontradas sugerem que, tanto o perfil de evolução da EE, como o efeito que este tem nos resultados, diferem entre perspetivas. Permitiram ainda dar uma contribuição inicial para o estudo da concordância (*vs.* discordância) neste modelo terapêutico.

Palavras-chave: Terapia para a Fobia de Afetos, Experiência Emocional, Perfil, Concordância, Modelo Linear Hierárquico, Análise de Superfície de Resposta

Abstract

Affect Phobia Therapy (APT) is a model of psychodynamic therapy in which the experience and expression of emotions is a fundamental mechanism for achieving results. Research on Emotional Experience (EE) has been indicating it as a predictor of better therapeutic outcomes, however the understanding of this variable is still limited. The current study aimed at identifying EE evolution profiles and investigating the existence of agreement (vs. disagreement) between the EE evolution profiles reported by clients (C-EE) and by their therapists (T-EE), as well as describing the influence of these phenomena on therapeutic outcome. The sample included 2 psychologists and 14 clients undergoing psychotherapy according to APT, at the psychology center of the University of Algarve. After each session, the clients answered measures about their EE and symptomatology, while the therapists answered a measure about the client's EE. Through data analysis using the Hierarchical Linear Model, we found that the C-EE remained constant over time and was not related to the results, while the T-EE evolved increasingly and was associated with a decrease in symptomatology. In turn, using polynomial regressions combined with Response Surface Analysis, we found that agreement between perspectives was not associated with therapy outcomes. However, the results suggest that there may be an association between disagreement and outcomes, as the C-EE was higher than the T-EE and, by comparison, when the T-EE was higher than the C-EE, there was less symptomatology. This same association between disagreement and the results was also more evident in session 20. The conclusions found suggest that both the profile of the evolution of EE and the effect it has on the results differ between perspectives. They also allowed us to make an initial contribution to the study of agreement (vs. disagreement) in this therapeutic model.

Keywords: Affect Phobia Therapy, Emotional Experience, Profile, Agreement, Hierarchical Linear Model, Response Surface Analysis

Índice

Introdução.....	1
Objetivos.....	8
Metodologia.....	9
Amostra.....	9
Instrumentos.....	10
Emotional Experience Self-Report (EE-SR) and Emotional Experience Therapist- Report (EE-TR).....	10
Outcome Questionnaire Short Form (OQ-10.2).....	10
Procedimento de recolha de dados.....	11
Procedimento de análise de dados	11
Resultados.....	14
Discussão	20
Referências Bibliográficas.....	25

Índice de figuras

Figura 1. Fluxograma com o processo de seleção da amostra incluída no estudo.....	9
Figura 2. Resposta de superfície que ilustra a relação das avaliações da Experiência Emocional do cliente, segundo o próprio e segundo o terapeuta, com a sintomatologia, na sessão 20.....	19

Índice de tabelas

Tabela 1. Efeitos fixos estimados e covariâncias estimadas para o modelo linear de evolução da Experiência Emocional do cliente na perspectiva do próprio	14
Tabela 2. Efeitos fixos estimados e covariâncias estimadas para o modelo linear de evolução da Experiência Emocional do cliente na perspectiva do terapeuta.....	15
Tabela 3. Efeitos fixos estimados e covariâncias estimadas para o contributo da Experiência Emocional do cliente na perspectiva do próprio e do terapeuta para a evolução linear da sintomatologia	16
Tabela 4. Superfície de resposta para a associação entre as avaliações da Experiência Emocional do cliente, segundo a perspectiva do próprio e do terapeuta, e a sintomatologia, na amostra total.....	17
Tabela 5. Superfícies de resposta para a associação entre as avaliações da Experiência Emocional do cliente, segundo a perspectiva do próprio e do terapeuta, e a sintomatologia, nas sessões 1, 5, 10, 15 e 20.....	18

Lista de abreviaturas

ASR: Análise de Superfície de Resposta

EE: Experiência Emocional

EE-C: Experiência Emocional do cliente segundo a perspectiva do próprio

EE-SR: *Emotional Experience Self-Report*

EE-T: Experiência Emocional do cliente segundo a perspectiva do terapeuta

EE-TR: *Emotional Experience Therapist-Report*

EN: Emoções Negativas

EP: Emoções Positivas

MLH: Modelo Linear Hierárquico

OQ-10.2: *Outcome Questionnaire Short Form*

TFA: Terapia para a Fobia de Afetos

Introdução

A investigação na área da psicoterapia tem vindo a focar-se na compreensão dos mecanismos de mudança e dos fatores envolvidos na psicoterapia que contribuem para o seu sucesso (Norcross & Lambert, 2010). Diversos modelos psicoterapêuticos atribuem um papel importante às emoções para explicar a etiologia e a manutenção da psicopatologia dos clientes. Para esses modelos, o foco nas emoções adquiriu um valor estratégico para a mudança em psicoterapia e, conseqüentemente, estabeleceram técnicas no sentido de estimular a experiência emocional dos clientes nas sessões. Neste seguimento, sugeriu-se que a possibilidade de experienciar as emoções nas sessões terapêuticas contribui de forma significativa para a eficácia da psicoterapia, constituindo-se assim como um fator comum explicativo do sucesso das terapias (Greenberg, 2012).

A experiência emocional (EE) foi definida como sendo a medida em que os clientes estão em contacto e plenamente envolvidos com as suas emoções (Greenberg & Pascual-Leone, 2006), ultrapassando as inibições que impediam o contacto com as mesmas (Greenberg, 2012). Os estudos empíricos recentes confirmam o contributo positivo da experiência emocional para o processo e para os resultados terapêuticos. Uma meta-análise recente (Peluso & Freund, 2019) demonstrou que a experiência emocional do cliente foi um preditor moderado de uma melhor relação terapêutica ($r = .30$) e dos resultados da terapia ($r = .39$). Com base nestes resultados, estima-se que a experiência emocional pode explicar 9% da relação terapêutica e 15% dos resultados da terapia. Apesar destes resultados serem promissores, os autores concluíram que são necessários mais estudos para que se considere a experiência emocional como um fator terapêutico comum e se compreenda de que modo explica os resultados.

Neste trabalho, procuramos contribuir para a investigação sobre o efeito da experiência emocional para os resultados. Em particular, tendo como referencial um modelo psicoterapêutico psicodinâmico que atribui à experiência emocional nas sessões um valor terapêutico, decidimos observar a evolução da experiência emocional na perspetiva do cliente e do terapeuta, ao mesmo tempo que avaliámos o efeito da concordância da avaliação entre ambos para os resultados terapêuticos. Nesta nossa abordagem, assumimos que o estudo do processo deve basear-se em dados longitudinais e deve incluir a perspetiva dos dois protagonistas da díade terapêutica.

Na Terapia para a Fobia de Afetos (TFA; do original *Treating Affect Phobia*), a saúde mental dos sujeitos depende da sua capacidade para estabelecerem uma relação autêntica com os seus afetos (emoções, sentimentos) (McCullough et al., 2003). Quando

esta capacidade está comprometida, o sujeito tem medo de experienciar e expressar determinados sentimentos - fenômeno intitulado *fobia de afetos* - e surgem os problemas psicológicos.

Os autores desta terapia recorreram aos triângulos de Malan (1979), isto é, ao Triângulo do Conflito e ao Triângulo das Pessoas para explicar a etiologia da *fobia de afetos*. O Triângulo do Conflito conceptualiza que a *fobia de afetos* surge quando os afetos ativadores (e.g., alegria, orgulho, raiva) são bloqueados por afetos inibitórios (e.g., ansiedade, culpa, vergonha), criando um conflito intrapsíquico que é evitado, prevenido ou diminuído através de sentimentos, pensamentos ou comportamentos defensivos (McCullough et al., 2003). Por sua vez, o Triângulo das Pessoas representa as relações onde se desenrolam os padrões defensivos da *fobia de afetos*, definindo que estes têm origem nas relações precoces com os cuidadores ou outras figuras significativas e são reencenados nas suas relações atuais (McCullough & Andrews, 2001). Como por exemplo, um indivíduo que quando se sentia triste em criança, o seu pai dizia-lhe que os homens não choravam e envergonhava-o de cada vez que se mostrava triste. Ao mesmo tempo, recebia um reforço do pai quando era capaz de suprimir a tristeza, mostrando-se imperturbável e estoico em situações de perda. Consequentemente, este evitava as suas reações emocionais às perdas e procurava a aprovação do pai mostrando ser forte. O rapaz acaba por aprender que a vergonha está associada à tristeza e que, o conflito entre estas emoções, pode ser atenuado com uma atitude defensiva. Em adulto, ele não é capaz de experienciar e expressar a tristeza relacionada com as suas perdas e, assim, compromete a possibilidade de fazer o luto e reinvestir em novas relações (Osborn et al., 2014). De forma semelhante, a dificuldade em experienciar a tristeza, a vergonha que esta lhe causa e os comportamentos defensivos, manifestam-se na relação que o sujeito estabelece com o terapeuta, tornando possível examiná-los e modificá-los (McCullough & Andrews, 2001).

Ao longo do processo terapêutico, a mudança é obtida através da exposição gradual do indivíduo aos afetos ativadores evitados, da prevenção do comportamento defensivo e da gestão da ansiedade associada, de modo a tornar a experiência emocional mais adaptativa (McCullough, 1999). O processo de resolução do conflito inerente às *fobias de afetos* organiza-se consoante os seguintes objetivos de tratamento: a Reestruturação das Defesas, que consiste em ajudar o paciente a reconhecer os seus padrões de comportamento defensivo, entender a função que desempenham e, posteriormente, motivá-lo para a renúncia dos mesmos; a Reestruturação dos Afetos, que implica a experiência dos afetos, obtida através da exposição aos sentimentos, necessidades e desejos anteriormente

evitados, para que o cliente consiga nomear, experienciar fisicamente e ganhar consciência acerca de como gostaria de agir sobre esses mesmos sentimentos, e a expressão dos afetos, que envolve aprender a expressá-los adequadamente; a Reestruturação do *Self* e dos Outros, que incide sob as imagens internas que o sujeito tem de si e dos outros, melhorando os relacionamentos interpessoais e os sentimentos face ao *Self* (McCullough & Andrews, 2001; McCullough et al. 2003).

Não obstante os objetivos que compõem a TFA, os autores desta abordagem postulam que a componente de Reestruturação dos Afetos (i.e., experiência e expressão emocional) é considerada o “coração do tratamento”, o mecanismo-chave para a resolução dos conflitos do sujeito e, conseqüentemente, para a construção de um relacionamento autêntico com as emoções (Osborn et al., 2014). Assim, tendo por base o racional teórico associado à TFA, conclui-se que o contacto e expressão das emoções é fundamental para a obtenção de resultados.

No âmbito da investigação sobre a Terapia para a Fobia dos Afetos, McCullough e Magill (2009) exploraram a relação entre algumas variáveis do modelo, como a experiência emocional e os sintomas nas sessões 6 e 36 do tratamento. Verificaram um aumento da experiência emocional entre as duas sessões avaliadas, sendo que o nível superior de experiência emocional da sessão 36 foi um preditor significativo de menor sintomatologia. Também num estudo de caso de Bhatia e colaboradores (2009), em que se procurava analisar o processo de mudança nesta psicoterapia, nas dez primeiras sessões, foi observado um aumento nos níveis de experiência emocional ao longo das sessões e, simultaneamente, uma diminuição da sintomatologia. Estes resultados vieram a sugerir que a mudança estava relacionada com uma maior experiência de afetos adaptativos e reduzidos afetos inibitórios.

De forma geral, como referido anteriormente, a literatura indica que a experiência emocional é preditora da mudança e de melhores resultados terapêuticos. No entanto, esta conclusão tem sido obtida predominantemente a partir da análise da dinâmica que a experiência emocional manifesta dentro de um conjunto reduzido de sessões terapêuticas, havendo um défice no que se refere ao estudo dos perfis de evolução da experiência emocional no decorrer do processo terapêutico (Fisher et al., 2019). Esta lacuna constitui uma limitação para o estudo dos mecanismos de mudança, que requerem uma avaliação ao longo do tratamento, para que seja possível compreender a sequência temporal das alterações (Kazdin & Nock, 2003), os padrões de mudança e melhor descrever a evolução terapêutica (Hayes et al, 2007; Lutz et al., 2013). No âmbito do estudo da experiência

emocional, esta análise torna-se ainda mais relevante, uma vez que as emoções têm tendência a variar ao longo do dia-a-dia dos indivíduos, o que se reflete também no contexto terapêutico (Fisher et al., 2019).

Um dos escassos estudos que se debruçou sobre a exploração da evolução da experiência emocional ao longo do tratamento procurou distinguir o nível inicial da experiência emocional do cliente e o seu perfil de evolução ao longo da terapia (estável, em crescendo ou decrescendo) (Greenberg & Safran, 1987). Os autores observaram que as melhorias sintomáticas não estavam associadas a perfis de evolução da experiência emocional em crescendo, mas sim a perfis de mudança mais estáveis. Mais recentemente, uma investigação de Fisher e colaboradores (2019) verificou resultados no mesmo sentido, com maior estabilidade na experiência emocional associada a melhorias nos sintomas e na regulação emocional, enquanto a tendência dos clientes para reportar um padrão de crescimento da experiência emocional ao longo da terapia não se relacionou com melhorias nos sintomas e na regulação emocional. Estes resultados levaram os autores a sugerir que a estabilidade e previsibilidade desta experiência emocional parece ser melhor preditora dos resultados, ao contrário do que fora postulado pelo modelo teórico que inspira a TFA.

Outro aspeto a salientar na investigação existente acerca da experiência emocional relaciona-se com o método de avaliação, uma vez que se tem recorrido maioritariamente a medidas de autorrelato do cliente e ao relato de observadores externos. As meta-análises de Peluso e Freund (2019) e Pascual-Leone e Yeryomenko (2017), mostraram um efeito moderador do observador cuja magnitude foi superior, nos casos em que a experiência emocional foi reportada por um observador externo, do que quando foi por autorrelato. Esta diferença pode prender-se com o facto de os observadores externos se encontrarem mais capacitados para denotar indicadores da experiência emocional, como a linguagem corporal, as expressões faciais e as características da voz, enquanto o cliente pode não ter consciência ou não conseguir recordar os detalhes e a intensidade da experiência emocional (Peluso & Freund, 2019). Assim, embora os autorrelatos se constituam como uma fonte de informação mais direta e importante (Elliott & James, 1989; Peluso & Freund, 2019), uma avaliação adequada do cliente beneficia do recurso a múltiplas fontes de informação, como observadores treinados, a avaliação por parte de familiares ou dos próprios terapeutas (Bar-Kalifa et al., 2016).

No contexto do presente estudo, importa ainda referir que o terapeuta, enquanto fonte de informação, apresenta algumas características vantajosas para a avaliação das experiências dos seus clientes, uma vez que tem acesso aos comportamentos não verbais

dos mesmos, possui conhecimento detalhado acerca dos seus antecedentes e a sua formação capacita-o para descrever cuidadosamente os estados psicológicos. Deste modo, o terapeuta pode ser capaz de inferir com precisão as experiências dos clientes em que estes apresentam mais relutância ou não são capazes de expressar (Elliott & James, 1989).

Podemos então concluir que, para estudar o contributo da experiência emocional sobre os resultados seria vantajoso considerar não só a sua evolução ao longo do tempo, mas também a avaliação do cliente e do terapeuta sobre a experiência das emoções vivida pelo cliente nas sessões. Ademais, a inclusão das perspetivas de ambos os elementos da díade, possibilita a exploração de uma outra vertente da experiência emocional, relacionada com a concordância entre os membros da relação terapêutica.

A investigação ao nível das relações interpessoais tem vindo a indicar que, com o desenvolvimento das relações de proximidade ao longo do tempo, os indivíduos tendem a tornar-se mais similares no que se refere às emoções, atitudes, perceções e crenças (e.g. Acitelli et al., 2001; Anderson et al., 2003; Gonzaga et al., 2007). Neste seguimento, tem-se verificado que a concordância e convergência de estados encontra-se associada a relações mais satisfatórias e coesas (Anderson et al., 2003; Anderson & Keltner, 2004; Gonzaga, et al., 2007), pelo que a convergência da díade é considerada um fator facilitador da saúde relacional (Gaines et al, 2022).

A psicoterapia implica quase sempre o desenvolvimento de uma relação interpessoal colaborativa e de proximidade entre o cliente e o terapeuta (Wampold, 2019). Tendo em conta o carácter da relação terapêutica, é expectável que a mesma se desenvolva no sentido da concordância entre a díade o que, por sua vez, poderá influenciar os resultados terapêuticos (Coyne et al., 2017; Laws et al., 2017; Pepinsky & Karst, 1964). Algumas investigações têm vindo a explorar a concordância existente entre as perspetivas do cliente e do seu terapeuta face a diversas variáveis do processo terapêutico e a relação estabelecida com o sucesso do tratamento. Algumas das variáveis estudadas são o funcionamento geral do cliente (Bar-Kalifa et al., 2016), os aspetos mais importantes das sessões (Kivlighan & Arthur, 2000), as expectativas de resultado (Coyne et al., 2021) e a relação terapêutica (e.g. Coyne et al., 2017; Laws et al., 2017; Tschuschke et al., 2020). As conclusões acerca do impacto da concordância entre perspetivas no sucesso da terapia apresentam alguma diversidade, contudo, a maioria dos estudos indica que a existência de concordância entre a díade está associada a melhores resultados terapêuticos, sendo esta associação mais expressiva para a aliança terapêutica (Gaines et al., 2022).

A investigação relativa à concordância cliente-terapeuta acerca do construto de experiência emocional é ainda escassa, contudo podemos distinguir duas abordagens relativamente à forma de estudar a concordância. Na abordagem que se foca na concordância dos estados emocionais do cliente e do terapeuta, incluem-se os estudos de Håvås e colaboradores (2015) que, a partir das classificações de observadores treinados acerca de uma sessão inicial da terapia, examinaram a concordância emocional (verbal e não-verbal) cliente-terapeuta. Os autores constataram, apenas para a dimensão não-verbal, que níveis mais elevados de concordância emocional eram preditores de melhorias no estilo de vinculação não adaptativo no final do tratamento. Também Atzil-Slonim e colaboradores (2018) avaliaram a concordância entre as autoavaliações dos clientes e dos terapeutas acerca das suas experiências emocionais, descritas enquanto emoções positivas (EP) ou negativas (EN), em cada sessão. Puderam verificar que tanto as EP como as EN foram temporalmente semelhantes entre a díade. Adicionalmente, os terapeutas experienciaram, em média, EP menos intensas do que os clientes, no entanto, a vivência de EN não foi nem mais, nem menos intensa do que a dos clientes. Por fim, a discordância entre a díade tanto para as EP, como para as EN foi preditora de pior sintomatologia na sessão seguinte. Já na outra abordagem que, para além de considerar os estados emocionais de cada elemento da díade, também incluiu a perspectiva do terapeuta acerca da EE do cliente, insere-se o estudo de Duan e Kivlighan (2002) que explorou a concordância tendo em conta a empatia intelectual (percepção) e a empatia emocional (sentimento) do terapeuta acerca das emoções experienciadas pelo cliente numa sessão a meio do processo terapêutico. Os resultados indicaram que a existência de concordância entre terapeuta e cliente estava associada à profundidade da sessão, tendo esta sido avaliada pelo cliente. Um estudo mais recente de Atzil-Slonim e colaboradores (2019) explorou a capacidade de “precisão empática” dos terapeutas perante as emoções dos clientes ao longo do tratamento, e qual a sua relação com os resultados terapêuticos. Para tal, basearam-se nos autorrelatos dos clientes acerca dos seus sintomas antes e após cada sessão, assim como nas avaliações das suas emoções positivas (EP) e negativas (EN). Por sua vez, os terapeutas cotaram as suas próprias emoções (EP e EN) e as dos seus clientes. Os autores encontraram uma associação positiva entre a avaliação pouco precisa dos terapeutas sobre as EP dos pacientes e o aumento dos sintomas na sessão subsequente. Para além disso, os terapeutas foram mais concordantes com os clientes em relação às EN do que às EP e notou-se uma tendência para sobrestimar as EN e subestimar as EP.

Os estudos referidos apresentam a conclusão comum de que existe uma associação positiva entre a concordância na avaliação da Experiência Emocional entre os dois elementos da díade e o sucesso dos tratamentos e, no mesmo sentido, que a discordância entre a díade está associada a piores resultados. O estudo da concordância entre terapeuta e cliente relativamente ao estado emocional do cliente pode ser determinante para a escolha do foco de intervenção na sessão (afeto ativador, inibitório ou defesa). Com efeito, na TFA, se o terapeuta concorda com a avaliação da experiência emocional do cliente, possivelmente acerta no foco de intervenção e obtém bons resultados. Pelo contrário, quando o terapeuta avalia incorretamente a experiência emocional do cliente, é possível que decida erroneamente onde focar a sua intervenção. Em termos metodológicos, dada a natureza dinâmica do processo terapêutico, é importante recorrer a metodologias longitudinais (i.e., sessão a sessão), à semelhança de Atzil-Slonim et al. (2018; 2019), que permitem recolher mais informação para a caracterização da concordância e discordância ao longo dos processos e para a compreensão dos seus efeitos nos resultados.

No contexto da Terapia para a Fobia de Afetos ainda não foi realizado nenhum estudo sobre a concordância (*vs.* discordância) na díade terapêutica relativamente à Experiência Emocional e aos seus efeitos no sucesso da terapia. Torna-se pertinente abordar o fenómeno da concordância, uma vez que a compreensão do mesmo pode orientar os terapeutas para que prestem mais atenção a determinadas dinâmicas relacionais e evitem intervenções desadequadas como, por exemplo, o terapeuta expor o cliente à emoção quando este necessita de regulação, ou regular a ansiedade quando seria benéfica a exposição à emoção ativadora.

Objetivos

Atendendo às lacunas encontradas na literatura no que se refere à exploração do contributo da experiência emocional para a psicoterapia, o presente estudo pretendeu:

- 1) Identificar perfis de evolução da experiência emocional dos clientes e explorar a sua associação com os resultados terapêuticos;
- 2) Verificar se existe concordância ou discordância entre os perfis de evolução da experiência emocional relatada pelos clientes (EE-C) e pelos seus terapeutas (EE-T), e descrever a influência deste fenómeno nos resultados terapêuticos.

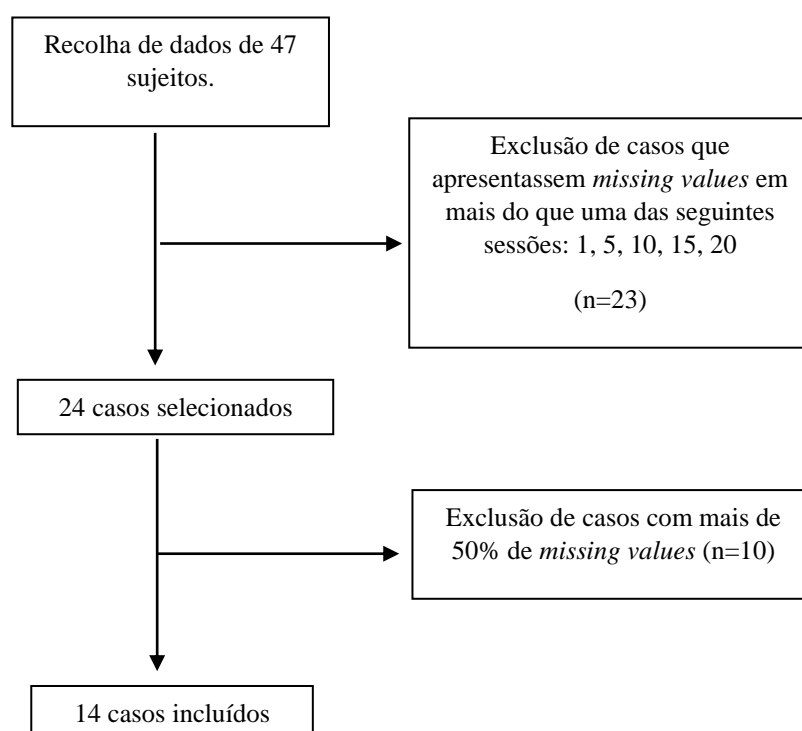
Metodologia

Amostra

A amostra foi recolhida na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve, sendo inicialmente composta por 47 casos. Estes casos foram submetidos a um processo de seleção baseado em alguns critérios estabelecidos *a priori*. O processo referido encontra-se esquematizado na Figura 1.

Figura 1

Fluxograma com o processo de seleção da amostra incluída no estudo



Dos 47 casos recolhidos, 23 foram excluídos por apresentarem *missing values* nas variáveis em análise (EE-C, EE-T e OQ10) em mais do que uma das sessões em estudo (1, 5, 10, 15, 20) e 10 por terem mais de metade de *missing values* nessas mesmas variáveis. Foi ainda aferido se nos 14 casos seleccionados havia uma diferença superior a 0,5 entre os valores da EE-C e EE-T, em pelo menos 50% das sessões, de forma a verificar se tinham condições para realizar uma análise de concordância (*vs.* discordância) entre as avaliações da experiência emocional do terapeuta e do cliente.

Após este processo de triagem, a amostra final foi composta por 14 clientes e 2 terapeutas. Os clientes encontravam-se em acompanhamento psicoterapêutico com perturbações emocionais de severidade baixa a moderada. Estes apresentaram idades

compreendidas entre os 20 e os 72 anos ($M_{idade} = 30$; $DP = 15.29$) e o género mais representado foi o feminino (71,4%), comparativamente ao masculino (28,6%).

Quanto aos terapeutas, foi incluído um psicólogo sénior em psicoterapia de orientação psicodinâmica e uma estudante de doutoramento e psicóloga com dois anos de experiência clínica. Ambos orientaram a sua prática clínica de acordo com o modelo terapêutico para a Fobia de Afetos.

Na amostra, apenas foram incluídos processos terapêuticos completos com sucesso e os casos tiveram uma duração média de 31.57 sessões ($DP = 13.50$).

Instrumentos

Emotional Experience Self-Report (EE-SR) and Emotional Experience Therapist-Report (EE-TR)

As escalas EE-SR e EE-TR desenvolvidas por Fisher e colaboradores (2016), permitem avaliar a experiência emocional do cliente durante a sessão de terapia. A EE-SR é uma medida de autoavaliação para o cliente na qual é-lhe pedido para avaliar o grau de experiência das suas emoções na sessão, através de uma escala que varia entre 0 (“Na sessão de hoje estive desconectado das minhas emoções”) e 7 (“Na sessão de hoje experienciei totalmente e vividamente as minhas emoções”). A EE-TR corresponde à versão paralela, que deve ser respondida pelo terapeuta e na qual este deve avaliar o nível de experiência emocional do cliente na sessão, na mesma escala de resposta. Pontuações elevadas são indicadoras de maiores níveis de experiência emocional. No estudo original de Fisher e colaboradores (2016), o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) indicou que 42,83% da variância no item foi atribuída a diferenças entre clientes, enquanto 57,17% da variância foi atribuída a mudanças entre-sessões. Este resultado sugere estabilidade na medição do mesmo indivíduo ao longo do tempo, assim como sensibilidade para detetar mudanças num mesmo indivíduo. A fiabilidade no teste-reteste foi de nível adequado (.61). Neste estudo, foi utilizada a versão portuguesa das escalas (Ferreira & Janeiro, 2020).

Outcome Questionnaire Short Form (OQ-10.2)

O OQ-10.2 (Lambert et al., 2005) é uma versão reduzida do OQ-45.2, com apenas 10 itens que permite monitorizar mudanças ao nível da sintomatologia, sendo um recurso útil para avaliar o progresso do cliente durante o processo de psicoterapia. Esta medida de autorrelato é composta por duas subescalas: Bem-estar Psicológico e Desconforto

Subjetivo (Seelert et al., 1999), cada uma possui cinco itens cotados numa escala de *likert* de cinco pontos, que abrange desde “Nunca” (0) até “Quase Sempre” (4). A pontuação total varia entre 0 e 40, sendo que quanto maior for o valor, pior é a sintomatologia. O instrumento apresenta boa consistência interna ($\alpha = .81$) e confiabilidade no teste re-teste ($r = .82$) para a população portuguesa (Oliveira et al., 2020).

Procedimento de recolha de dados

A aplicação dos instrumentos referidos anteriormente é um procedimento habitual na prática clínica dos psicólogos envolvidos neste estudo. Deste modo, no início do processo terapêutico os participantes foram convidados a participar no estudo, tendo sido prestada informação acerca da finalidade dos dados recolhidos e das características da sua participação (voluntária, anónima e revogável). De seguida, formalizou-se a concordância de participação através de consentimento informado.

Os dados foram recolhidos com a aplicação dos questionários após cada sessão, tendo os terapeutas respondido ao EE-TR, e os clientes ao EE-SR e OQ-10.2.

Procedimento de análise de dados

Os dados recolhidos foram inseridos no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics – Versão 25) para o *Windows*, que foi utilizado para a realizar as análises de estatística descritiva e o Modelo Linear Hierárquico.

Procedeu-se ao tratamento dos *missing values* com recurso ao método de estimativa por tendência linear. Os valores originais do OQ-10.2 foram transformados para uma escala com um intervalo de variação entre um e cinco; condição que era exigida para as etapas de tratamento de dados relativas à Análise de Superfície de Resposta.

Recorremos a dois tipos de procedimentos estatísticos para a analisar os dados: o Modelo Linear Hierárquico (MLH; Bryk & Raudenbush, 1987) e, a Análise de Superfície de Resposta (ASR; Edwards & Parry, 1993). O MLH tem sido amplamente utilizado no estudo do processo de mudança em psicoterapia (e.g. Ferreira & Janeiro, 2022; Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Kramer et al., 2009) por se ajustar a *designs* de medidas repetidas, modelar a evolução das variáveis e discriminar a variância intra-individual e entre-sujeitos através da organização hierárquica dos dados.

No presente estudo, os dados organizaram-se de forma hierárquica em dois níveis, sendo que as avaliações do cliente e do seu terapeuta em cada sessão (Nível 1 – medidas

repetidas) se agrupavam num nível superior, ou seja, num dado cliente (Nível 2 – entre-sujeitos). A autocorrelação que se espera encontrar entre os valores de uma série temporal foi considerada através da introdução de uma matriz de autocorrelação (AR) no Nível 1.

Utilizamos o MLH com três objetivos distintos: (1) para descrever a evolução da experiência emocional do cliente e do terapeuta; (2) avaliar o contributo da experiência emocional do cliente e do terapeuta para a evolução da sintomatologia; e, (3) realizar uma regressão polinomial que considera a organização dos dados numa série temporal.

Para descrever a evolução da experiência emocional do cliente e do terapeuta introduzimos uma componente linear. Deste modo, a evolução das variáveis é descrita através da constante (o valor da variável na primeira sessão) e do valor estimado para componente linear (que indica a variação da variável dependente entre duas sessões consecutivas). O segundo objetivo de aplicação do MLH consistiu em repetir o procedimento anterior, mas para modelar a evolução da sintomatologia. Uma vez modelada a sintomatologia, foi depois estimado o contributo da experiência emocional do cliente e do terapeuta para a evolução da sintomatologia. O MLH polinomial será descrito na secção do ASR, uma vez que se integrou nessa etapa de análise.

A Análise de Superfície de Resposta (ASR) é uma técnica que permite uma visão mais abrangente das interações entre combinações de duas variáveis preditoras com uma variável de resultado, através da representação gráfica tridimensional do modelo obtido com as regressões polinomiais (Edwards & Parry, 1993). A combinação das regressões polinomiais com ASR mostra ser vantajosa para a análise de questões associadas à concordância, pois permite colmatar algumas das limitações apresentadas por outros métodos (e.g., diferença de pontuações). Este método preserva o efeito independente de cada variável, permitindo avaliar a contribuição que cada uma assume na variação dos resultados. Deste modo, é possível saber qual dos preditores tem um maior efeito nos resultados, e ainda que direção apresenta a discrepância entre as variáveis preditoras (e.g., se as avaliações da experiência emocional segundo o cliente são de nível superior às do terapeuta, ou vice-versa) (Edwards & Parry 1993; Edwards, 2002).

Num primeiro momento, realizou-se uma regressão polinomial, de forma a obter um modelo polinomial de acordo com a expressão: $Z = b_0 + b_1X + b_2Y + b_3X^2 + b_4XY + b_5Y^2 + e$. De acordo com o modelo, a variável dependente (Z) é o resultado da regressão de cada uma das variáveis preditoras (X e Y), com os seus respetivos quadrados (X^2 e Y^2) e com a interação entre ambas (XY) (Shanock et al, 2010; Rodrigues, 2021). No presente estudo, a variável dependente (Z) foi a sintomatologia (OQ-10.2) e as variáveis preditoras (X e Y) foram a avaliação da experiência emocional segundo o cliente e a avaliação da

experiência emocional segundo o terapeuta. Importa referir que antes do cálculo das regressões, as variáveis preditoras foram centradas em relação à média do grupo, de forma a cumprir as condições para a realização da ASR e facilitar a interpretação (Shanock et al, 2010; Schönbrodt, et al.,2018).

Os resultados da regressão polinomial são avaliados segundo os parâmetros: a_1 , a_2 , a_3 , a_4 , que derivam dos coeficientes de regressão estimados (i.e., b_1 , b_2 , b_3 , b_4 , b_5) da equação acima enunciada. Estes parâmetros determinam o padrão de superfície de resposta, os quais definem as características do declive e da curvatura da linha de concordância e da linha de discordância (Shanock et al., 2010; Rodrigues, 2021).

A linha de concordância representa todas as combinações em que $X = Y$ e, através do seu declive, que é dado por $a_1 = (b_1 + b_2)$, é possível interpretar em que medida o nível de concordância entre as duas variáveis preditoras se relaciona com a variável de resultado. Adicionalmente, a curvatura ao longo da linha de concordância, calculada por $a_2 = (b_3 + b_4 + b_5)$, indica se a relação entre as variáveis em concordância e os resultados é linear (se $a_2 = 0$) ou não linear (se $a_2 \neq 0$). Por sua vez, a linha de discordância engloba todas as combinações dos preditores em que $X = -Y$. A curvatura desta linha em relação aos resultados, dada por $a_4 = (b_3 - b_4 + b_5)$, revela como o grau de discrepância entre as duas variáveis preditoras pode influenciar a variável de resultado. O declive da linha, quando colocado em relação com os resultados, indica em que direção a discrepância entre os preditores afeta mais os resultados, quando $X > Y$ ou $X < Y$, sendo obtido com o cálculo $a_3 = (b_1 - b_2)$ (Shanock et al., 2010).

A Análise de Superfície de Resposta para explorar a concordância (vs. discordância) entre as avaliações da EE segundo o cliente e o terapeuta e o respetivo efeito nos resultados foi realizada com dois procedimentos diferentes. Num primeiro momento, recorreu-se ao MLH polinomial para obter os coeficientes necessários ao cálculo da superfície de resposta. Optou-se por este procedimento para se atender à estrutura hierárquica de organização dos dados, ou seja, as medidas repetidas (Nível 1) integradas nos sujeitos (Nível 2). Para modelar as medidas repetidas introduzimos uma componente linear que representava a sequência de sessões. Num segundo momento, quando se fez uma análise transversal baseada nas sessões 1, 5, 10, 15 e 20, os coeficientes para a ASR foram calculados através de regressões polinomiais. Para obter a representação gráfica das superfícies de resposta recorreremos ao modelo de Excel disponibilizado por Shanock e colaboradores (2010).

Resultados

Na primeira parte desta secção, descrevemos a evolução da experiência emocional do cliente ao longo do processo terapêutico na perspectiva do próprio e na perspectiva do seu terapeuta e, posteriormente, analisamos o efeito da experiência emocional de ambos para a evolução dos resultados terapêuticos.

Nas Tabelas 1 e 2 são apresentados os efeitos fixos estimados e as covariâncias estimadas que descrevem a evolução da EE do cliente, segundo a avaliação do próprio ou segundo a avaliação do terapeuta ao longo do processo terapêutico. Por sua vez, a Tabela 3 apresenta os efeitos fixos estimados e as covariâncias estimadas para o efeito da EE-C e EE-T na sintomatologia (OQ-10.2) ao longo do tempo.

Tabela 1

Efeitos fixos estimados e covariâncias estimadas para o modelo linear de evolução da Experiência Emocional do cliente na perspectiva do próprio.

		IC 95%						
		Estimativa	EP	gl	t	p	Inferior	Superior
Efeitos Fixos Estimados	Constante	5.81	0.26	16.43	22.75	.000	5.27	6.35
	Componente linear	0.01	0.01	5.21	1.59	.171	-0.01	0.03

		IC 95%						
		Estimativa	EP	Wald's Z	p	Inferior	Superior	
Parâmetros de Covariância Estimados	Constante Variância	0.72	0.32	2.29	.022	0.31	1.70	
	Componente linear Variância	0.00	0.00	0.45	.654	0.00	0.01	

Nota. EP = Erro-padrão, gl = graus de liberdade, IC = Intervalo de Confiança.

Relativamente à descrição da experiência emocional do cliente ao longo do tempo (Tabela 1, efeitos fixos), estima-se que os clientes apresentem na primeira sessão uma experiência emocional de 5.81 ($\gamma_{00} = 5.81$, $t = 22.75$, $p = .000$), sendo o aumento da experiência emocional entre sessões ($\gamma_{01} = 0.01$) não significativo ($t = 1.59$, $p = .171$). No que diz respeito aos efeitos aleatórios (Tabela 1), verifica-se variância significativa por explicar ao nível da constante (experiência emocional na primeira sessão) ($s^2 = 0.72$, Wald's Z = 2.29, $p = .022$), sugerindo que existe uma diferença acentuada entre os sujeitos no que concerne à EE-C no início do tratamento. Ao nível do declive não se verificou uma

variância significativa ($s^2 = 0.00$, Wald's $Z = 0.45$, $p = .654$), o que significa que a evolução da experiência emocional dos sujeitos pode ser descrita pelo efeito fixo da componente linear ($\gamma_{01} = 0.01$).

Tabela 2

Efeitos fixos estimados e covariâncias estimadas para o modelo linear de evolução da Experiência Emocional do cliente na perspectiva do terapeuta.

		Estimativa	EP	gl	t	p	IC 95%	
							Inferior	Superior
Efeitos Fixos	Constante	3.56	0.16	15.69	21.82	.000	3.21	3.90
Estimados	Componente linear	0.05	0.01	14.18	4.39	.001	0.03	0.08

		Estimativa	EP	Wald's Z	p	IC 95%		
						Inferior	Superior	
Parâmetros de	Constante	Variância	0.22	0.13	1.67	.095	0.07	0.72
Covariância	Componente linear	Variância	0.00	0.00	1.88	.060	0.00	0.00

Nota. EP = Erro-padrão, gl = Graus de liberdade, IC = Intervalo de confiança.

A Tabela 2 ilustra a evolução da experiência emocional de acordo com o terapeuta, sendo estimado um valor inicial da experiência emocional de 3.56 ($\gamma_{00} = 3.56$, $t = 21.82$, $p = .000$) e um aumento positivo ($\gamma = 0.05$) e significativo da EE-T entre sessões ($t = 4.39$, $p = .001$). Quanto aos parâmetros de covariância, a constante não apresenta variância significativa ($s^2 = 0.22$, Wald's $Z = 1.67$, $p = .095$), demonstrando que não existem diferenças acentuadas entre os sujeitos na EE-T avaliada ao início da terapia. Todavia, identificou-se variância marginalmente significativa por explicar relativamente ao declive ($s^2 = 0.00$, Wald's $Z = 1.88$, $p = .060$), sugerindo que a evolução da EE-T ao longo do tempo tende a ser diferente entre sujeitos.

Tabela 3

Efeitos fixos estimados e covariâncias estimadas para o contributo da Experiência Emocional do cliente na perspectiva do próprio e do terapeuta para a evolução linear da sintomatologia.

		Estimativa	EP	gl	t	p	IC 95%	
							Inferior	Superior
Efeitos Fixos Estimados	Constante	21.19	2.46	27.30	8.63	.000	16.15	26.22
	Componente linear	-0.18	0.06	7.37	-3.30	.012	-0.31	-0.05
	EE-C	0.01	0.18	275.78	0.04	.970	-0.34	0.35
	EE-T	-0.51	0.23	290.47	-2.21	.028	-0.97	-0.06

		Estimativa	EP	Wald's Z	p	IC 95%	
						Inferior	Superior
Parâmetros de Covariância Estimados	Constante Variância	54.21	22.67	2.39	.017	23.88	123.05
	Componente linear Variância	0.02	0.02	0.93	.351	0.00	0.14

Nota. EP = Erro-padrão, gl = Graus de liberdade, IC = Intervalo de confiança.

Na Tabela 3 constam os efeitos fixos e os parâmetros de covariância estimados, erro padrão, estatística de teste (teste *t*) e valor de significância para avaliar o efeito da experiência emocional, segundo a perspectiva do cliente e do terapeuta, na evolução da sintomatologia (OQ-10.2). A análise destes resultados permite verificar que se estima um nível de sintomatologia de 21.19 ao início da terapia ($\gamma_{00} = 21.19$, $t = 8.63$, $p = .000$) e uma diminuição significativa da mesma entre sessões ($\gamma_{01} = -0.18$, $t = -3.30$, $p = .012$). Neste mesmo modelo, observou-se um efeito negativo e significativo da EE-T sobre a sintomatologia ($\gamma = -0.51$, $t = -2.21$, $p = .028$), sugerindo que a uma maior experiência emocional do cliente avaliada pelo terapeuta corresponde uma diminuição nos níveis de sintomatologia. No que se refere ao contributo da experiência emocional do cliente, concluiu-se que a EE-C não influenciou significativamente a sintomatologia no decorrer das sessões ($\gamma = 0.01$, $t = 0.04$, $p = .970$). Relativamente à análise dos parâmetros de covariância (Tabela 3), estes demonstraram existir variância significativa por explicar ao nível da constante ($s^2 = 54.21$, Wald's $Z = 2.39$, $p = .017$) mas não ao nível da evolução da entre sessões ($s^2 = 0.02$, Wald's $Z = 0.93$, $p = .351$). Estes resultados indicam que, considerando o efeito da experiência emocional avaliada pelo cliente e pelo terapeuta, os níveis de sintomatologia iniciais são significativamente diferentes entre os sujeitos da

amostra, contudo, a evolução dos seus sintomas ao longo do tempo é igual para todos os sujeitos.

Na segunda parte desta secção, apresentamos os resultados relativos às possíveis associações entre a concordância (*vs.* discordância) de avaliações da experiência emocional na díade e a sintomatologia, obtidos através da Análise de Superfície de Resposta. Num primeiro momento, exploramos estas associações na amostra completa (Tabela 4) e, posteriormente, nas sessões 1, 5, 10, 15 e 20 (Tabela 5).

Tabela 4

Superfície de resposta para a associação entre as avaliações da Experiência Emocional do cliente, segundo a perspectiva do próprio e do terapeuta, e a sintomatologia, na amostra total.

Efeito	Coefficiente	EP	<i>t</i>	<i>p</i>
Declive ao longo de $x=y$	-0.26	0.18	-1.438	.151
Curvatura ao longo de $x=y$	0.02	0.02	1.140	.255
Declive ao longo $x=-y$	0.25	0.14	1.781	.076
Curvatura ao longo de $x=-y$	-0.01	0.02	-0.428	.669

Nota. EP = Erro-padrão, x = EE-C, y = EE-T

Como se pode observar na Tabela 4, não se obtiveram efeitos significativos nos parâmetros estimados através da Análise de Superfície de Resposta, tanto para o declive e curvatura da linha da concordância ($x = y$), como para a linha de discordância ($x = -y$). Estes resultados parecem indicar que a direção e o grau da concordância ou da discordância entre as avaliações do cliente e do terapeuta, não surtem efeito na sintomatologia.

Contudo, o valor obtido no declive da linha de discordância pode ser considerado marginalmente significativo ($a_3 = 0.25$, $p = .076$). Deste modo, este resultado sugere a existência de uma tendência para a associação significativa entre a direção da discordância entre terapeuta e cliente nas avaliações da experiência emocional e a sintomatologia do cliente. Ou seja, quando as avaliações da experiência emocional segundo o cliente forem de nível superior às do terapeuta, verifica-se uma sintomatologia mais acentuada, do que quando a relação segue a direção oposta (*i.e.*, $EE-T > EE-C$).

A fim de compreender melhor a evolução desta associação ao longo do tempo, e de localizar no processo terapêutico os momentos em que ocorre a tendência para o resultado

anteriormente descrito, repetimos a Análise de Superfície de Resposta nas sessões 1, 5, 10, 15 e 20 (Tabela 5).

Tabela 5

Superfícies de resposta para a associação entre as avaliações da Experiência Emocional do cliente, segundo a perspectiva do próprio e do terapeuta, e a sintomatologia, nas sessões 1, 5, 10, 15 e 20.

Sessão	Efeito	Coeficiente	EP	t	p
1	Declive ao longo de x=y	-0.18	1.17	-0.153	.881
	Curvatura ao longo de x=y	1.15	1.02	1.125	.281
	Declive ao longo x=-y	-0.86	1.09	-0.784	.447
	Curvatura ao longo de x=-y	0.44	1.72	0.254	.804
5	Declive ao longo de x=y	-0.01	0.77	-0.014	.989
	Curvatura ao longo de x=y	0.56	2.39	0.232	.820
	Declive ao longo x=-y	0.52	0.84	0.624	.543
	Curvatura ao longo de x=-y	-0.18	1.27	-0.141	.890
10	Declive ao longo de x=y	-0.42	0.86	-0.488	.634
	Curvatura ao longo de x=y	-2.27	1.55	-1.466	.168
	Declive ao longo x=-y	0.24	0.58	0.410	.689
	Curvatura ao longo de x=-y	-1.09	0.89	-1.227	.243
15	Declive ao longo de x=y	-0.17	1.16	-0.150	.883
	Curvatura ao longo de x=y	0.71	1.84	0.386	.706
	Declive ao longo x=-y	-0.40	0.94	-0.420	.681
	Curvatura ao longo de x=-y	-0.56	1.86	-0.301	.768
20	Declive ao longo de x=y	-0.80	0.77	-1.035	.319
	Curvatura ao longo de x=y	-0.20	1.93	-0.103	.919
	Declive ao longo x=-y	1.00	0.30	3.280	.006
	Curvatura ao longo de x=-y	0.68	1.08	0.625	.543

Nota. EP= Erro-padrão, x=EE-C, y=EE-T

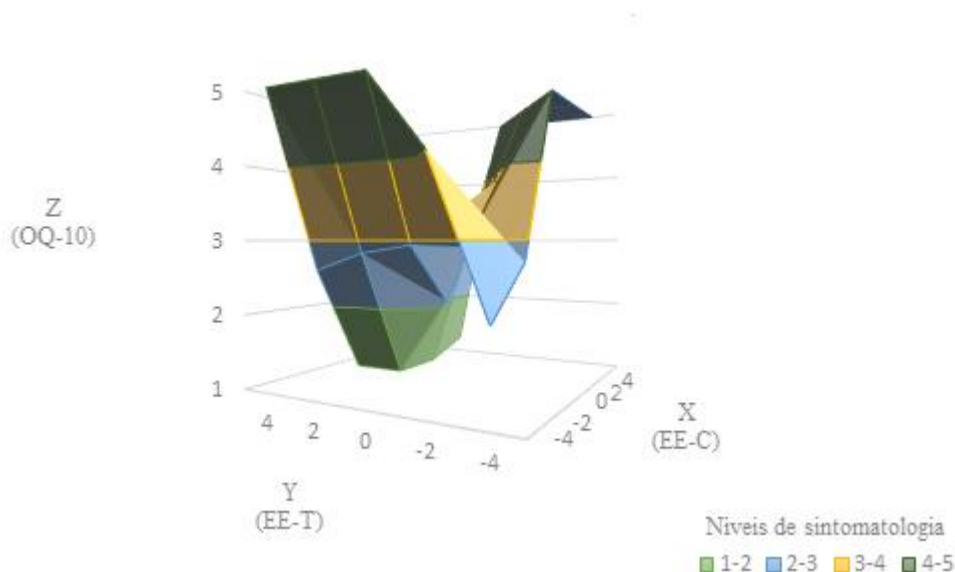
No que concerne a linha da concordância (x=y), verificou-se a ausência de efeitos significativos em todas as sessões, tanto no declive, como na curvatura. Estes resultados

parecem indicar que a direção e o grau da concordância entre as avaliações do cliente e do terapeuta não têm efeito na sintomatologia.

Por sua vez, na linha da discordância ($x = -y$), as sessões 1, 5, 10 e 15 obtiveram resultados não significativos nos parâmetros do declive e da curvatura, o que sugere que não existe um efeito entre a direção e o grau da discordância das avaliações do cliente e do terapeuta e a sintomatologia. Já na sessão 20, observou-se um efeito significativo e positivo no declive ($a_3 = 1.00, p = .006$), indicando que, quando as avaliações do cliente acerca da sua experiência emocional são de nível superior às avaliações do terapeuta, verifica-se uma sintomatologia mais acentuada do que quando é o terapeuta a avaliar a experiência emocional mais elevada do que o próprio cliente (i.e., $EE-T > EE-C$). Na mesma sessão, o parâmetro da curvatura apresentou um resultado não significativo ($a_4 = 0.68, p = .543$), o que sugere a ausência de uma relação curvilínea entre o grau de discordância nas avaliações do cliente e do terapeuta face à experiência emocional do cliente e a sintomatologia. Os efeitos descritos anteriormente acerca da sessão 20 encontram-se representados graficamente na Figura 2.

Figura 2

Resposta de superfície que ilustra a associação entre as avaliações da Experiência Emocional do cliente, segundo o próprio e segundo o terapeuta, e a sintomatologia, na sessão 20.



Discussão

A presente investigação teve como propósito alargar o conhecimento acerca do contributo da experiência emocional para os resultados da psicoterapia. Com este intuito, num primeiro momento, identificámos perfis de evolução da experiência emocional dos clientes, a partir das perspetivas dos próprios e dos seus terapeutas, e explorámos a sua associação com os resultados terapêuticos. Num segundo momento, verificámos se existia concordância ou discordância entre os perfis de evolução da experiência emocional, relatada pelos clientes e pelos seus terapeutas, com o objetivo de avaliar a influência deste fenómeno nos resultados terapêuticos.

No contexto do primeiro objetivo, importa referir que apesar dos níveis iniciais de sintomatologia dos sujeitos terem sido heterogéneos, foi possível observar um decréscimo ao longo do tempo em todos os casos, sendo este resultado sugestivo da eficácia do tratamento.

No que diz respeito à evolução da EE, verificámos que a avaliação do cliente sobre a sua EE no início do processo terapêutico correspondeu a um valor superior ao ponto médio da escala de EE, que se manteve constante ao longo das sessões. A constância da EE do cliente ao longo do tempo também foi observada nos estudos de Greenberg e Safran (1987) e Fisher e colaboradores (2019). Contudo, estas evidências não vão ao encontro do racional da TFA para o qual seria expectável haver uma evolução crescente da EE.

Na perspetiva do terapeuta, a avaliação da EE inicial obteve um valor mais próximo do ponto médio da escala da EE, que evoluiu de forma crescente ao longo do tempo. Estes resultados estão alinhados com os de McCullough e Magill (2009) e Bhatia e colaboradores (2009), no sentido em que também conseguiram identificar o aumento da EE ao longo do tempo, embora se tenham baseado na perspetiva de avaliadores externos.

Perante estes resultados, é ainda possível destacar a diferença encontrada entre perspetivas nas avaliações iniciais da EE, na qual a do cliente foi superior à do terapeuta. Esta diferença também foi observada anteriormente em alguns estudos, tanto no âmbito da EE (e.g. Atzil-Slonim et al., 2018) como da aliança terapêutica (e.g. Atzil-Slonim et al., 2015). Nestes, os autores sugeriram que a diferença referida podia representar uma tendência do terapeuta para avaliar mais baixo estes fatores, ou ainda podia ser reflexo da assimetria que caracteriza a relação terapêutica, ao tomar um carácter de maior novidade, vulnerabilidade e especial significado para o cliente, comparativamente ao terapeuta

(Austin et al, 2006). Consequentemente, esta novidade e inexperiência pode contribuir para que o cliente incorra em avaliações mais elevadas, sendo estas mais esperadas no início do processo.

Por sua vez, no que diz respeito à relação entre a evolução da EE e a sintomatologia, observámos que maiores valores de EE avaliados pelo terapeuta estão associados à diminuição da sintomatologia do cliente. Estes resultados enquadram-se na perspectiva maioritariamente partilhada na literatura, que evidencia a contribuição da EE e, mais particularmente, do seu aumento, para a melhoria da sintomatologia do cliente (Peluso & Freund, 2019). As nossas conclusões vão ainda ao encontro de resultados como os de McCullough e Magill (2009) e de Bhatia e colaboradores (2009), que verificaram que o aumento da EE estava associado a melhores resultados, entre a sessão 6 e 36 para o primeiro estudo e nas 10 primeiras sessões para o segundo estudo.

Pelo contrário, não identificámos nenhuma associação entre a EE avaliada pelo cliente e a sintomatologia no decorrer das sessões, pelo que os nossos resultados diferem do que foi evidenciado por Greenberg e Safran (1987) e por Fisher et al. (2019) cujos estudos observaram melhorias na sintomatologia associadas a perfis de evolução da EE estáveis ao longo do tempo.

Relativamente ao segundo objetivo, quando considerada a totalidade das sessões, não foi encontrada nenhuma relação entre a direção e o grau da concordância ou da discordância entre as avaliações da EE (cliente e terapeuta) e a sintomatologia. No contexto destes resultados, importa destacar a tendência observada para quando as avaliações do terapeuta sobre a EE do cliente forem superiores às avaliações do cliente contatar-se uma sintomatologia menor, do que se a relação seguir a direção oposta (i.e., $EE-C > EE-T$). Ao combinar estes resultados com a análise anterior acerca da evolução da EE ao longo do tempo, na qual o cliente apresentou um perfil de evolução estável e o terapeuta em crescendo, é possível especular que em certo momento do processo o terapeuta irá superar o cliente nas avaliações da EE.

Aquando da análise nas sessões selecionadas (1, 5, 10, 15, 20), o efeito da discordância mostrou-se significativo na sessão 20. Uma vez que a média do número de sessões dos processos terapêuticos analisados se situou na sessão 32 ($DP = 13,50$), este resultado parece sugerir que a dois terços do processo há sessões em que o desacordo na avaliação da EE influencia a sintomatologia. Nestas sessões, o sentido do desacordo foi igual ao que se observou no conjunto do processo.

O conjunto dos resultados observados sobre a evolução da EE na perspectiva do cliente e do terapeuta e o sentido da discordância sugerem que ao início do processo o cliente pontua a EE mais elevada que o terapeuta, sendo a sintomatologia pior do que quando, na parte final do processo, o terapeuta pontua a EE mais alto que o cliente. Este resultado vai ao encontro da expectativa teórica para os casos de sucesso, sendo também coerente com os casos de sucesso que constituem a nossa amostra.

Se considerarmos apenas a avaliação do terapeuta, o efeito encontrado na discordância parece ser consistente com as expectativas teóricas do modelo da TFA, que defendem que maior EE está associada a menor sintomatologia e, complementarmente, menor EE está associada a maior sintomatologia. Contudo, apenas podemos considerar esta interpretação quando tomamos em conta a fiabilidade da avaliação de cada elemento e assumimos, tal como Elliott e James (1989), que a avaliação do terapeuta costuma ser mais precisa do que a do cliente. Neste sentido, colocamos ainda a hipótese de poder haver alguma dificuldade por parte do cliente em categorizar adequadamente a sua experiência emocional, visto esta depender da correta identificação e distinção dos afetos ativadores e inibitórios. Caso haja esta dificuldade, o perfil de evolução estável da EE observado pode dever-se ao facto de o cliente cotar a experiência dos afetos inibitórios, típicos no início do processo terapêutico, como sendo EE. Quando na realidade o que se pretende avaliar com a escala utilizada (*Emotional Experience Self-Report*) é a experiência autêntica das emoções ativadoras. Ou seja, este argumento leva-nos a sugerir que o instrumento por nós utilizado precisa de ser estudado no que se refere às suas características psicométricas, nomeadamente a validade.

No que diz respeito à concordância, de modo geral, os resultados obtidos são contrários à literatura existente, na qual tem vindo a ser evidenciada uma associação significativa entre a existência de concordância na díade relativamente às avaliações de Experiência Emocional e a melhoria da sintomatologia. No entanto, torna-se difícil fazer uma comparação mais detalhada com os estudos revistos dado a heterogeneidade dos parâmetros avaliados em cada um. Relativamente ao momento de avaliação, Duan e Kivlighan (2002) e Håvås e colaboradores (2015) tiveram apenas em conta uma sessão, enquanto Atzil-Slonim e colegas (2018; 2019) incluíram todas as sessões do tratamento. A conceptualização e modo de avaliação da experiência emocional também diferiu entre os estudos, sendo que Håvås e colaboradores (2015) recorreram a observadores externos para classificar a EE de cada elemento da díade, nas suas dimensões verbais e não verbais, ao passo que Duan e Kivlighan (2002) avaliaram a EE do cliente e do terapeuta, mas também

a percepção do terapeuta sobre a EE do cliente naquele momento. Por sua vez, Atzil-Slonim e colaboradores (2018) usaram os autorrelatos dos clientes e dos terapeutas sobre as próprias emoções, categorizadas enquanto positivas ou negativas e, num estudo posterior, Atzil-Slonim e colaboradores (2019), acrescentaram às medidas de autorrelato usadas anteriormente a perspectiva do terapeuta sobre a EE do cliente. Assim, o presente estudo foi o primeiro a averiguar a concordância na díade acerca da experiência emocional do cliente, segundo o enquadramento do modelo da TFA, tendo apenas em consideração as perspectivas do próprio e do seu terapeuta.

A interpretação dos resultados do presente estudo deve ser feita tendo em consideração algumas possíveis limitações. Relativamente às características da amostra, a sua dimensão reduzida pode ter impedido a deteção ou a maior expressão de alguns efeitos. Aliado a isto, o modo de seleção por conveniência, no contexto do Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve, assim como a predominância do sexo feminino na amostra e a sintomatologia de grau leve a moderada, mas não especificada, podem dificultar a generalização dos resultados para outros tipos de população e contextos clínicos. Outra limitação está associada ao facto de um dos terapeutas ter avaliado a maioria dos casos, pelo que o estilo de reconhecimento emocional do mesmo pode ter enviesado os resultados relativos à perspectiva do terapeuta. De forma a contrariar este aspeto, seria importante garantir uma distribuição de casos mais equilibrada entre os terapeutas.

É ainda importante ter em conta que este estudo se baseia numa amostra de psicólogos com formação no modelo da TFA, que atribui especial enfoque à experiência e expressão das emoções para a mudança do indivíduo, pelo que a generalização dos resultados obtidos para outras orientações teóricas pode ficar limitada.

Por último, consideramos que a reduzida literatura acerca da Experiência Emocional e das temáticas abordadas (evolução e concordância vs. discordância) no contexto da TFA, mostrou ser uma limitação à elaboração desta investigação.

Como sugestões para futuras investigações, consideramos que seria importante continuar a adotar a perspectiva longitudinal nos estudos acerca da EE do cliente. Uma das principais questões que permanece por responder está relacionada com a diferença encontrada entre o cliente e o terapeuta no que se refere à evolução da EE, ao longo do tempo, e a relação estabelecida com a sintomatologia. Como tal, é premente a contínua exploração destes aspetos, de modo a compreender as razões desta diferença e encontrar o perfil que seja mais ajustado à real evolução da EE do cliente. Neste sentido, sugere-se a

inclusão da perspectiva de um observador externo acerca da EE do cliente. Dadas as limitações que parecem estar subjacentes ao instrumento utilizado, recomenda-se a construção e validação de medidas de experiência emocional que permitam destriçar as nuances que descrevem as emoções. Em particular, e por referência ao modelo terapêutico em estudo, que possibilitem a distinção entre afetos ativadores e inibitórios.

Por sua vez, os nossos resultados permitem-nos sugerir algumas implicações para a prática clínica. Consideramos que poderá ser vantajoso para o processo o terapeuta usar os perfis de evolução da EE, baseados nas suas avaliações e nas do cliente, como fontes de informação para a monitorização do processo e para melhor ajuste das intervenções. Tendo em conta que o perfil está mais associado à intensidade da EE, a comparação dos perfis poderá servir como ponto de partida para uma análise mais qualitativa da EE do cliente. Ou seja, quando o terapeuta observar que as avaliações do cliente se distanciam das suas, isto poderá conduzi-lo a estar mais atento à natureza das emoções (ativadoras ou inibitórias) vividas pelo cliente e a auxiliar o mesmo na experienciação integral dessas emoções. Consequentemente, seria espectável que este processo fosse promotor da mudança, pela experiência das emoções ativadoras, mas também da realização de avaliações da EE mais bem ajustadas à realidade.

Não obstante as limitações e recomendações futuras assinaladas, ressalva-se que o presente estudo foi o primeiro a incluir a perspectiva do terapeuta na investigação da evolução da experiência emocional, mas também a abordar o fenómeno da concordância (vs. discordância) entre as perspectivas da díade no contexto da Terapia para a Fobia de Afetos. Os resultados revelaram que a evolução da EE ao longo do processo terapêutico diferiu entre perspectivas, tanto ao nível do perfil, como do efeito sobre os resultados terapêuticos e que a discordância entre perspectivas, ao invés da concordância, parece estar associada aos resultados.

Por fim, consideramos que este estudo reforça a importância da monitorização das variáveis de processo, como é o caso da EE, para a melhor compreensão dos fatores envolvidos nos processos terapêuticos, mas também acrescenta a ideia de que o confronto entre as avaliações do cliente e do terapeuta pode ser vantajoso para uma melhor adequação da intervenção, por parte do terapeuta.

Referências Bibliográficas

- Acitelli, L. K., Kenny, D. A., & Weiner, D. (2001). The importance of similarity and understanding of partners' marital ideals to relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 8(2), 167–185. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2001.tb00034.x>
- Anderson, C., & Keltner, D. (2004). The emotional convergence hypothesis. In L. Z. Tiedens & C. W. Leach (Eds.), *The social life of emotions* (pp. 144–163). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511819568.009>
- Anderson, C., Keltner, D., & John, O. P. (2003). Emotional convergence between people overtime. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1054–1068. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.5.1054>
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Lazarus, G., Hasson-Ohayon, I., Lutz, W., Rubel, J., & Rafaeli, E. (2019). Therapists' empathic accuracy toward their clients' emotions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 33–45. <https://doi.org/10.1037/ccp0000354>
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Peri, T., Lutz, W., Rubel, J., & Rafaeli, E. (2018). Emotional congruence between clients and therapists and its effect on treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 65(1), 51–64. <https://doi.org/10.1037/cou0000250>
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A. K., & Peri, T. (2015). Therapeutic bond judgments: Congruence and incongruence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 773–784. <https://doi.org/10.1037/ccp0000015>
- Austin, W., Bergum, V., Nuttgens, S., & Peternelj-Taylor, C. (2006). A Re-Visioning of Boundaries in Professional Helping Relationships: Exploring Other Metaphors, *Ethics & Behavior*, 16(2), 77-94. https://doi.org/10.1207/s15327019eb1602_1
- Bar-Kalifa, E., Atzil-Slonim, D., Rafaeli, E., Peri, T., Rubel, J., & Lutz, W. (2016). Therapist-Client Agreement in Assessments of Clients' Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(12), 1127–1134. <https://doi.org/10.1037/ccp0000157>
- Bhatia, M., Rodriguez, M., Fowler, D., Godin, J., Drapeau, M., & McCullough, L. (2009). Desensitization of conflicted feelings: using the ATOS to measure early change in a single-case affect phobia therapy treatment. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 31-38.
- Bryk, A.S. & Raudenbush, S.W. (1987). Application of Hierarchical Linear Models to assessing change. *Psychological Bulletin*, 101(1), 147-158. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.147>
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Gaines, A. N., Laws, H. B., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2021). Association between therapist attunement to patient outcome expectation and worry reduction in two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 68(2), 182–193. <https://doi.org/10.1037/cou0000457>
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Laws, H. B., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2017). Patient–therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 28(6), 969–984. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1303209>
- Duan, C., & Kivlighan, D. M. (2002). Relationships among therapist pre-session mood,

- therapist empathy, and session evaluation. *Psychotherapy Research*, 12, 23–37. <http://doi.org/10.1080/713869615>
- Edwards, J. & Parry, M. (1993). On the use of polynomial regression equations as an alternative to difference scores in organizational research. *Academy of Management Journal*, 36, 1577–1613. <http://dx.doi.org/10.2307/256822>
- Edwards, J. R. (2002). Alternatives to difference scores: Polynomial regression analysis and response surface methodology. In F. Drasgow & N. W. Schmitt (Eds.), *Advances in measurement and data analysis* (pp. 350 - 400). Jossey-Bass/Wiley.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443–467. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90003-2)
- Ferreira, L.I. & Janeiro, L. (2022). Treating affect phobias: Therapeutic alliance as a moderator of the emotional experience effect on outcomes. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 22, (1), 65-75.
- Ferreira, L. I. & Janeiro, L. (2020). *Questionário de Experiência Emocional* [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>
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2019). Growth curves of clients' emotional experience and their association with emotion regulation and symptoms. *Psychotherapy Research*, 29(4), 463–478. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1411627>
- Gaines, A. N., Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., & Kraus, D. R. (2022). Patient–therapist expectancy convergence and outcome in naturalistic psychotherapy. *Psychotherapy*, 59(4), 584–593. <https://doi.org/10.1037/pst0000437>
- Gonzaga, G. C., Campos, B., & Bradbury, T. (2007). Similarity, convergence, and relationship satisfaction in dating and married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(1), 34–48. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.1.34>
- Greenberg L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *The American psychologist*, 67(8), 697–707. <https://doi.org/10.1037/a0029858>
- 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., & Safran, J. D. (1987). *Emotions in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. Guilford Press.
- Håvås, E., Svartberg, M., & Ulvenes, P. (2015). Attuning to the unspoken: The relationship between therapist nonverbal attunement and attachment security in adult psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32, 235–254. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038517>
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: the study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical psychology review*, 27(6), 715–723. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>

- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(8), 1116–1129. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00195>
- Kivlighan, D. M., & Arthur, E. G. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 79–84. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.79>
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 338–349. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.338>
- Kramer, U., De Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research*, 19, 699–706. <https://doi.org/10.1080/10503300902956742>
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). *OQ- 10.2 manual*. American Professional Credentialing Services, LLC.
- Laws, H. B., Constantino, M. J., Sayer, A. G., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Manber, R., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Steidtmann, D., Thase, M. E., & Arnou, B. A. (2017). Convergence in patient–therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment. *Psychotherapy Research*, 27(4), 410–424. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1114687>
- Lutz, W., Ehrlich, T., Rubel, J., Hallwachs, N., Röttger, M., Jorasz, C.,...Tschitsaz-Stucki, A. (2013). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychotherapy Research*, 23,14–24. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.693837>
- Malan, D. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. Butterworth.
- McCullough, L. (1999). Short-Term Psychodynamic Therapy as a Form of Desensitization: Treating Affect Phobias. *In session: psychotherapy in practice*, 4(4), 35-53.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Guilford Press.
- McCullough, L. & Andrews, S. (2001). Assimilative Integration: Short-term Dynamic Psychotherapy for Treating Affect Phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 82–97. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.82>
- McCullough, L. & Magill, M. (2009). Affect-Focused Short-Term Dynamic Therapy. In *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 249–277). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_11
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 3–21). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>
- Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Ribeiro, E., Gonçalves, S., & Machado, P. P. (2020). *The brief version of the Outcome Questionnaire (OQ-10.2): The normative data for the*

portuguese population. Manuscript in preparation.

- Osborn, K. A. R., Ulvenes, P. G., Wampold, B. E., & McCullough, L. (2014). Creating change through focusing on affect: Affect phobia therapy. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 146–171). The Guilford Press
- Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N. (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653–665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Peluso, P., & Freund, R. (2019). Emotional Expression. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy Relationships That Work* (3rd ed., pp. 421–460). Oxford University Press.
- Pepinsky, H. B., & Karst, T. (1964). Convergence: A phenomenon in counseling and in psychotherapy. *American Psychologist*, 19(5), 333–338. <https://doi.org/10.1037/h0023621>
- Rodrigues, A. C. (2021). Response Surface Analysis: A Tutorial for Examining Linear and Curvilinear Effects. *Revista De Administração Contemporânea*, 25(6). <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2021200293.en> PAG
- Schönbrodt, F. D., Humberg, S., & Nestler, S. (2018). Testing Similarity Effects with Dyadic Response Surface Analysis. *European Journal of Personality*, 32(6), 627–641. <https://doi.org/10.1002/per.2169>
- Seelert, K. R., Hill, R. D., Rigdon, M. A., & Schwenzfeier, E. (1999). Measuring patient distress in primary care. *Family Medicine*, 31(7), 483–487.
- Shanock, L.R., Baran, B.E., Gentry, W.A., Pattison S.C., & Heggstad, E.D. (2010). Polynomial Regression with Response Surface Analysis: A powerful approach for examining moderation and overcoming limitations of difference scores. *Journal of Business Psychology* 25, 543–554. <https://doi.org/10.1007/s10869-010-9183-4>
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., von Wyl, A., Cramer, A., & Schulthess, P. (2020). The impact of patients’ and therapists’ views of the therapeutic alliance on treatment outcome in psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 56–64. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001111>
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Woltman, H., Feldstain, A., Mackay, J. C., & Rocchi, M. (2012). An introduction to hierarchical linear modeling, *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8(1), 52–69. <https://doi.org/10.20982/tqmp.08.1.p052>