

Alexandra Victoria de Abreu Boyd

**A importância da Relação Terapêutica na terapia
psicodinâmica: O contributo da Aliança e da Relação Real**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

Alexandra Victoria de Abreu Boyd

**A importância da Relação Terapêutica na terapia
psicodinâmica: O contributo da Aliança e da Relação Real**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Dr. Luís Janeiro**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

A importância da Relação Terapêutica na terapia psicodinâmica: O contributo da Aliança e da Relação Real

Declaração de autoria do trabalho

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

(Alexandra Victoria de Abreu Boyd)

Copyright em nome de Alexandra Victoria de Abreu Boyd

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero deixar o meu profundo e sentido agradecimento ao Prof.º Dr. Luís Janeiro e à psicóloga Laura Ferreira, pela orientação, apoio, paciência e ensinamentos ao longo deste tempo juntos e, principalmente por não me deixarem desistir.

À Prof.ª Ana Teresa Martins, pelo olhar profundo e empático e por me inspirado.

À minha mãe, que aquando da colocação no mestrado me enviou de presente uma caixa de maracujás colhidos do nosso quintal e um romance histórico, demonstrando-me o que me tem vindo a ensinar ao longo destes anos: o amor e a felicidade estão nas pequenas coisas.

Ao Zé, a minha figura paternal que me ensinou o gosto da música, da leitura, da culinária e entre muitas outras coisas, a importância de lutar pelos meus sonhos.

Aos meus avós, Dennis Boyd e Stella Boyd pelos valores que me passaram e por me terem ensinado o significado de resiliência e trabalho.

Aos meus irmãos, Rodrigo, Diana e Victoria, os meus primeiros grandes amores.

Ao Rúben, pelos abraços reconfortantes, pelas conversas e pelas gargalhadas partilhadas ao longo deste percurso académico que me deu um grande amigo.

À Telma Rancheiro pelo incentivo, orientação e força que foram essenciais.

À Marta, por esta irmandade tão que me é completamente imprescindível.
Somos família, para sempre.

À Rute, Nuno, Fábio, Vanessa, Beatriz, Carina, Sara, Micaela, Inês, Mariana, Paulo, Arnaldo pela vossa amizade, da qual sou eternamente agradecida.

Ao meu grande amor, Carlos Cunha, para quem nunca existirão palavras suficientes, por nunca deixar de acreditar em mim e ser o meu maior rochedo.

E por fim, um agradecimento a mim mesma, que não deixei de lutar.

Resumo

A literatura tem demonstrado a eficácia da relação terapêutica e dos seus componentes (i.e., Relação Real e Aliança Terapêutica) para os resultados positivos do processo terapêutico. Em termos clínicos, é importante averiguar o efeito destes componentes para os resultados, mas também se esse efeito pode variar ao longo do tempo. Assim, o objetivo deste estudo consiste em avaliar se o contributo da Aliança Terapêutica e da Relação Real para a evolução da sintomatologia e da Experiência Emocional varia ao longo do tempo. Participaram no estudo 55 adultos, maioritariamente do sexo feminino, que se encontravam em psicoterapia de orientação psicodinâmica (Terapia para a Fobia dos Afetos), com idades compreendidas entre os 19 e os 72 anos. Os clientes completaram os instrumentos WAI-SR, RRI, EE-SR e OQ-10 no final de cada sessão. Utilizando o Modelo Linear Hierárquico, os resultados revelaram a diminuição da sintomatologia e a estabilidade da experiência emocional. Relativamente à Aliança Terapêutica, apenas a dimensão de concordância com as tarefas pareceu ter um efeito significativo na diminuição da sintomatologia, que não dependeu do tempo. Ainda sobre a Aliança Terapêutica, apenas a dimensão de concordância com os objetivos teve um efeito significativo sobre a experiência emocional, que não dependeu do tempo. A Relação Real entre terapeuta e cliente demonstrou ter um efeito sobre a Experiência Emocional que depende do tempo, mas não revelou exercer efeito sobre a diminuição da sintomatologia. Com base nos resultados encontrados, são apresentadas algumas recomendações práticas sobre o que deve ser priorizado no processo terapêutico para melhorar os resultados terapêuticos.

Palavras-Chave: Relação Real; Aliança Terapêutica; Sintomatologia; Experiência Emocional; Terapia para a Fobia dos Afetos.

Abstract

Research has demonstrated the effectiveness of the therapeutic relationship and its components (i.e., Real Relationship and Therapeutic Alliance) for positive outcomes of the therapeutic process. In clinical terms, it is important to investigate the effect of these components on outcomes, but also whether this effect may vary over time. Therefore, the aim of this study is to assess whether the contribution of the Therapeutic Alliance and the Real Relationship to the evolution of symptomatology and Emotional Experience varies over time. The study included 55 adults, mostly female, in psychodynamically orientated psychotherapy (Affect Phobia Therapy), aged between 19 and 72 years old. Clients completed the WAI-SR, RRI, EE-SR and OQ-10 instruments at the end of each session. Using the Hierarchical Linear Model, the results showed a decrease in symptomatology and stability of emotional experience. Regarding the Therapeutic Alliance, only the dimension of agreement with the tasks seemed to have a significant effect on the decrease of symptomatology, which did not depend on the time of the session. Still on the Therapeutic Alliance, only the dimension of agreement with the goals had a significant effect on the emotional experience, which did not depend on time. The Real Relationship between therapist and client was shown to have a time-dependent effect on Emotional Experience but did not show an effect on symptomatology decrease. Based on the results found, some practical recommendations are presented on what should be prioritised in the therapeutic process to improve therapeutic outcomes.

Keywords: Real Relationship; Therapeutic Alliance; Symptomatology; Emotional Experience; Affect Phobia Therapy.

Índice

Lista de Tabelas	VII
Introdução	1
O presente estudo	6
Participantes	7
Instrumentos	7
Procedimentos de recolha de dados	9
Procedimentos de análise de dados	10
Resultados.....	12
Discussão	17
Referências bibliográficas	28

Lista de Tabelas

Tabela 1. Parâmetros fixos estimados e significância para a componente linear e dimensões da Aliança Terapêutica, da Relação Real, e respectivas interações destas com a componente linear, para a evolução da sintomatologia..... 12

Tabela 2. Parâmetros fixos estimados e significância para a componente linear e dimensões de Aliança Terapêutica, da Relação Real, e respectivas interações destas com a componente linear, para a evolução da experiência emocional..... 15

Introdução

A relação que se desenvolve entre o terapeuta e o cliente é fundamental para a eficácia da psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019). A literatura mostra-nos que a relação terapêutica é um forte preditor de bons resultados terapêuticos/redução de sintomatologia (Abbass et al., 2011; Dobson & Dobson, 2013; Graves et al., 2017; Hill & Knox, 2009), no tratamento de várias problemáticas (López-Bermuda et al., 2021; Hauke & Lohr, 2022), independentemente do modelo psicoterapêutico aplicado (Hill & Knox, 2009).

Segundo Greenson (1967), a relação entre terapeuta e o cliente é constituída por três componentes interligados: Aliança Terapêutica, Relação Real e movimentos de transferência-contratransferência. Na definição de Hatcher (2009), a aliança pode ser definida como um esforço para envolver o cliente no trabalho da terapia. Por sua vez, atitudes e comportamentos que são percebidos como genuínos e reais caracterizam as relações reais entre o terapeuta e o cliente. Quando as atitudes e comportamentos do cliente em relação ao terapeuta são distorcidos pela experiência passada (transferência) a Relação Real é afetada negativamente. O mesmo também pode ocorrer quando o terapeuta atua a contratransferência na relação com o seu cliente.

Numa definição transteórica, a aliança terapêutica foi definida por Bordin (1979) como o acordo entre o terapeuta e o paciente relativamente aos objetivos terapêuticos, às tarefas que compõem a terapia e à qualidade do vínculo emocional que sustenta a relação entre ambos. Mais recentemente, além da dimensão negocial subjacente ao acordo, foram realçados os aspetos colaborativos da relação paciente-terapeuta (Flückiger et al., 2018). Na mais recente meta-análise sobre os efeitos positivos da aliança para os resultados da terapia (Flückiger et al., 2018), verificou-se uma magnitude do efeito de .278, indicando que a aliança terapêutica explica cerca de 8% da variância dos resultados terapêuticos.

Já a Relação Real refere-se à relação pessoal entre terapeuta e paciente marcada pela extensão em que cada um é genuíno com o outro e o percebe de um modo realista (Gelso, 2009). Assim, a Relação Real integra duas dimensões fundamentais: o Realismo e a Genuinidade. A Genuinidade é definida como a capacidade e a vontade para sermos autênticos, abertos e honestos na relação, enquanto o Realismo se refere às percepções não contaminadas pela transferência, isto é, à forma como cada participante da díade terapêutica vê o outro de forma realista (Gelso & Carter, 1994). Os dois elementos, Realismo e Genuinidade, podem ainda ser descritos no que se refere à magnitude e valência. A magnitude diz respeito a quanto Realismo e Genuinidade existem no relacionamento terapêutico. Por sua vez, a valência corresponde a quão positivos ou negativos são os sentimentos e pensamentos dos membros da díade. Cada membro pode experimentar e perceber o outro positivamente ou negativamente em termos de Realismo e Genuinidade (Gelso, 2009). As reações com valorização positiva versus negativa que se revelam na terapia incluem gostar-não gostar, amar-odiar, cuidar-não-cuidar, respeitar-desrespeitar e devem ser tratadas como um continuum (Gelso et al., 2018).

A qualidade das relações terapêuticas pode ser entendida no sentido em que os parceiros diádicos envolvidos (cliente e terapeuta) percebem a relação como tendo atributos particulares (Elvins & Green, 2008). Por exemplo, acordo sobre tarefas, objetivos, confiança, gostos, capacidades interpessoais, capacidade de resposta, e tomada de decisão partilhada. As relações que evoluem com base nestes atributos seriam consideradas relações terapêuticas de alta qualidade e, pelo contrário, as que são baixas nestes atributos seriam consideradas relações de qualidade inferior (Elvins & Green, 2008). De acordo com Gelso (2014), a qualidade da relação terapêutica é também influenciada pelo nível de autenticidade e de consideração positiva que os parceiros diádicos demonstram uns para com os outros.

A mais recente meta-análise conduzida por Gelso et al. (2019) revelou uma associação moderada entre a Relação Real e os resultados terapêuticos ($r = 0.38$), o que sugere que a Relação Real explica cerca de 14% da variância dos resultados. Este resultado, de uma maior magnitude do efeito da Relação Real que a observada por parte da Aliança Terapêutica, sugere que a Relação Real possui um efeito maior sobre as melhorias obtidas no processo de psicoterapia do que a Aliança Terapêutica.

A construção de uma relação terapêutica sólida é um fator com particular relevância para as psicoterapias de orientação psicanalítica e psicodinâmica, nas quais uma relação assente numa base de confiança e curiosidade genuína servirá como meio para trabalhar as emoções (Greenberg et al., 2019). Nestes modelos, as explorações das emoções existentes nas experiências interpessoais figuram como uma ponte para memórias do passado, permitindo que o cliente possa experimentar, de novo, no aqui-e- agora da relação terapêutica, episódios relacionais anteriores e trabalhá-los (Greenberg, 2019).

Numa investigação que pretendia verificar o nível de colaboração cliente-terapeuta ao longo das sessões, Dobson e Dobson (2013) reforçam os benefícios de uma estrutura harmoniosa consensual entre as tarefas e os objetivos delineados e definidos entre terapeuta e paciente para os resultados terapêuticos, referindo que um quadro terapêutico claro proporciona tranquilidade ao cliente, ajudando-o a reduzir a ansiedade e angústia, tendendo a aumentar o foco do mesmo na sua recuperação.

A experiência emocional refere-se à vivência subjetiva de uma emoção em resposta a um estímulo ou situação específica, envolvendo reações fisiológicas e cognitivas que influenciam o comportamento e o bem-estar do indivíduo. Na literatura é possível constatar que, tal como a aliança terapêutica (Fosha, 2000; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Stern, 2003), a experiência emocional tem demonstrado ser um forte

preditor do sucesso terapêutico (Bridges, 2006; Fisher et al., 2016; Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Greenberg, 2011; Knox et al., 2017; Lane et al., 2015; Thoma & McKay, 2015; Watson & Bedard, 2006; Whelton, 2004). A mais recente meta-análise realizada por Peluso e Freund (2019) concluiu que a experiência emocional é um aspecto fundamental para os resultados terapêuticos ao referir que a mesma prediz, de forma moderada, os resultados terapêuticos ($r = 0.40$), explicando cerca de 16% da variância dos resultados. No entanto, para que os clientes possam estar capazes de abordar emoções fortes sem inibições, é necessária uma aliança terapêutica forte (Harte et al., 2020).

A regulação dos estados afetivos na díade permite ao indivíduo experimentar, expressar e fazer uso das suas emoções de forma adaptativa. Progressivamente, o indivíduo torna-se capaz de fazer por ele mesmo o que, numa fase inicial, foi realizado através da relação, ou seja, o indivíduo torna-se capaz de ter experiências afetivas completas e autênticas (Bridges, 2006). A capacidade de experimentar plenamente os próprios sentimentos, particularmente quando estes são intensos e/ou dolorosos, é fortemente reforçada quando o cliente o faz juntamente com um outro apoiante, empático e emocionalmente presente que está disposto a partilhar experiências e a ajudar na sua gestão (Fosha, 2000).

As premissas apresentadas acima têm sido reforçadas empiricamente em estudos como o de Carryer e Greenberg (2010), que avaliaram a relação entre os níveis de aliança terapêutica, intensidade da experiência emocional e sintomas depressivos (através do Inventário de Depressão de Beck) ao longo das sessões numa amostra de 38 indivíduos (14 do sexo masculino e 24 do sexo feminino) diagnosticados com depressão. Os resultados demonstraram que, à medida que os níveis de aliança terapêutica aumentavam, se verificava uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva. Além disso, os autores concluíram que esta relação era potenciada quando os clientes expressavam

emoções intensas nas sessões terapêuticas. Estes dados mostram que a experiência da emoção associada a níveis mais elevados da aliança contribui para os resultados terapêuticos. Já em 2007, Diener et al. exploraram a associação entre a experiência emocional dos clientes e os resultados clínicos em psicoterapia psicodinâmica. Os autores concluíram que a facilitação da experiência emocional predizia uma taxa de sucesso entre 35% a 65% dos resultados clínicos (Diener et al., 2007). Recentemente, Fisher et al. (2019) procuraram avaliar o modo como clientes e terapeutas descrevem a experiência emocional dos clientes durante as sessões numa amostra de 110 indivíduos. Os resultados indicaram que os clientes com uma maior estabilidade emocional ao longo do tratamento obtiveram melhores resultados sintomáticos.

Relativamente ao processo terapêutico em psicoterapia psicodinâmica, Ferreira e Janeiro (2022) conduziram uma investigação onde se pretendia examinar o papel moderador da aliança terapêutica na relação entre a experiência emocional e os resultados terapêuticos e verificaram que a exposição à experiência emocional adaptativa deve ser cuidadosamente aplicada, uma vez que pode ter um impacto negativo no bem-estar dos sujeitos caso a aliança terapêutica não se encontre fortemente solidificada. Deste modo, os resultados permitiram sublinhar que a aliança terapêutica é um pré-requisito necessário para a eficácia do tratamento (Ferreira & Janeiro, 2022).

Dado o efeito da experiência emocional para os resultados terapêuticos, importa perceber qual o contributo dos fatores relacionais para que os clientes experienciem as suas emoções nas sessões de terapia. Até ao momento, como referido anteriormente, algumas investigações reforçam a associação entre a Aliança Terapêutica e a experiência emocional. No entanto, tendo por referência o modelo tripartido, ainda pouco se sabe sobre o contributo da Relação Real para o sucesso dos tratamentos.

O presente estudo

Considerando a escassez de estudos que exploram simultaneamente o contributo da Relação Real e da Aliança Terapêutica nos resultados, nesta investigação avaliámos o contributo da Relação Real e da Aliança Terapêutica para a Experiência Emocional e para os resultados terapêuticos, explorando o seu efeito ao longo do tempo. Para responder a este objetivo geral, foram delineados dois objetivos específicos:

- 1) Descrever a evolução da sintomatologia e da experiência emocional ao longo do tempo;
- 2) Avaliar qual o contributo da Aliança Terapêutica e da Relação Real para a evolução da sintomatologia e da experiência emocional ao longo do tempo; pretendemos ainda avaliar se esse contributo da Aliança Terapêutica e da Relação Real varia ao longo do tempo.

Estes objetivos foram analisados num modelo de psicoterapia de orientação psicodinâmica – denominado Terapia para a Fobia de Afetos (TFA) – segundo o qual se acredita que a psicopatologia é resultado de um conflito emocional, aprendido nas relações significativas precoces, que impede a experiência autêntica e adaptativa de emoção(ões) por sentir medo de as experienciar. Por exemplo, uma pessoa que tenha fobia de exprimir raiva pode agir silenciosamente, chorar, sentir-se deprimida, ou, por outro lado, pode perder o controlo e agir de forma inadequada. Devido ao medo de sentir raiva, esta pessoa pode não responder de forma adaptável aos sentimentos de raiva (McCullough, 2003). O tratamento de acordo com o modelo da TFA é composto por duas fases centrais: a Reestruturação das Defesas (incluindo o Reconhecimento e a Renúncia às Defesas) e a fase de Reestruturação dos Afetos (Experiência Emocional e Expressão Emocional). Além destas fases específicas, o racional da TFA pressupõe que exista uma

elevada envolvimento do terapeuta na exposição do cliente a uma experiência emocional mais saudável, auxiliando-o a funcionar através da resolução de conflitos emocionais (Osborn et al., 2015). Deste modo, para que a terapia cumpra os seus objetivos, deve existir um contexto relacional seguro, que potencie uma exposição das emoções terapêuticas (McCullough & Andrews, 2001; Peluso & Freund, 2018), conduzindo, por sua vez, ao sucesso dos tratamentos (Julien & O'Connor, 2017).

Atendendo à expectativa teórica do modelo, e dado o contributo da aliança e da Relação Real para o estabelecimento de uma relação terapêutica segura, esperamos encontrar um efeito positivo destes fatores na sintomatologia e na experiência emocional. Esperamos também que o seu efeito se acentue com o desenvolvimento da relação terapêutica. Isto é, o efeito da aliança e da Relação Real é mais pronunciado à medida que se avança no processo terapêutico.

Participantes

A amostra total foi constituída por 55 participantes adultos, com idades compreendidas entre os 19 e os 72 anos ($M = 26.16$; $DP = 9.55$) e pelos seus terapeutas. A amostra de clientes foi composta por 36 participantes do sexo feminino (65,5%) e 19 participantes do sexo masculino (34,5%). Os clientes encontravam-se em psicoterapia de orientação psicodinâmica no serviço de Psicologia da Universidade do Algarve.

Dois psicoterapeutas que acompanhavam os casos seguem na sua prática clínica o modelo terapêutico para a Fobia dos Afetos. Um terapeuta é psicólogo sénior em psicoterapia de orientação psicodinâmica e a outra terapeuta é psicóloga clínica e estudante de doutoramento com dois anos de experiência.

Instrumentos

WAI-SR (The Working Alliance Inventory-Short Revised)

O WAI-SR (Hatcher & Gillaspay, 2006) foi traduzido e validado para a população portuguesa por Ramos e Machado (2008). Este inventário permite avaliar três aspetos chave da aliança terapêutica: 1 – concordância nas tarefas a desempenhar em terapia; 2 – concordância com os objetivos da terapia e 3 – desenvolvimento de um vínculo afetivo. Esta escala conta com 12 itens medidos numa escala de Likert que variam entre o 1 (nunca) e o 7 (sempre). Para a versão portuguesa, a consistência interna é boa ($\alpha = .82$).

RRI (Real Relationship Inventory) (Gelso et al., 2005). O RRI foi desenvolvido para medir a Relação Real. Este inventário de por 24 itens é composto por 2 subescalas – Realismo e Genuinidade. Os itens são avaliados por uma escala de Likert de 5 pontos (1 significa que discorda fortemente e 5 que concorda muito). A consistência interna, para o formulário do cliente, é excelente ($\alpha = .92$). No presente estudo, foi aplicado a versão portuguesa do questionário, que se encontra atualmente em validação, pelo que não possuímos indicadores de consistência interna. A versão original da escala possui bons indicadores de consistência interna no que se refere ao total de itens da escala ($\alpha = .89$), assim como as suas dimensões – Realismo ($\alpha = .79$) e Genuinidade ($\alpha = .83$).

EE-SR (Emotional Experience Self-Report) (Fisher, et al., 2016). Esta escala pretende avaliar de que forma os pacientes descrevem a sua própria experiência emocional durante as sessões. É pedido aos pacientes que qualifiquem a experiência das suas emoções numa escala que vai de 0 (na sessão de hoje, estive desconetado das minhas emoções) a 7 (na sessão de hoje, estive emocionalmente envolvido e experienciei de forma plena e vívida as minhas emoções). A fiabilidade foi avaliada pela sua estabilidade

temporal (teste-reteste) obtendo um valor de .61. As estimativas para o ICC indicam que 42,83% da variância deste item usado foi contabilizada por diferenças entre os clientes, enquanto que 57,17% da variância foi contabilizada por alterações entre sessões, o que indica que este questionário permite diferenciar sujeitos no que se refere à sua experiência emocional e, ao mesmo tempo, ser sensível às alterações da experiência emocional da mesma pessoa ao longo do tempo. No presente estudo, foi utilizada uma versão portuguesa do questionário (Ferreira & Janeiro, 2020).

OQ-10 (Outcome Questionnaire-10) (Lambert et al., 1996). Este questionário é constituído por 10 itens e permite avaliar a sintomatologia e detetar alterações da mesma num curto espaço de tempo. O OQ-10 é uma medida de autorrelato. Os itens são designados como positivos e negativos, cada item é cotado numa escala de likert de cinco ponto (de “Nunca” a “Sempre”) e inseridos numa escala de Likert (0-4) onde a pontuação máxima é de 40. Valores elevados indicam maiores níveis de distress. A consistência interna é excelente ($\alpha = .88$) (Seelert et al., 1999).

Procedimentos de recolha de dados

O procedimento de recolha de dados foi feito a partir das sessões psicoterapêuticas presenciais, conduzidas no Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve, em que os participantes foram convidados a participar na primeira sessão de terapia. Aplicou-se um método de amostragem por conveniência, um método não probabilístico, já que nem todos os elementos da população tinham a mesma probabilidade de ser incluídos na amostra.

Aos clientes do Serviço acompanhados pelos terapeutas de orientação psicodinâmica, foi pedida a sua participação voluntária no presente estudo através da assinatura do consentimento informado, que informou também que os dados iriam ser

tratados de forma anónima e que poderiam desistir da participação no estudo a qualquer momento, sem comprometer o tratamento. Os participantes foram, ainda, informados acerca do objetivo do estudo, do seu enquadramento, procedimentos e condições de participação do estudo, assim como do seu papel enquanto participantes e do papel dos responsáveis pelo estudo. O processo de recolha de dados foi realizado conforme o código de ética da prática de investigação em psicologia.

Seguidamente, os participantes preencheram o *The Working Alliance Inventory-Short Revised* (WAI-SR), o *Real Relationship Inventory* (RRI), o *Outcome Questionnaire* (OQ-10) e *Emotional Experience Self-Report* (EE-SR) depois de cada sessão terapêutica. Dado que os participantes responderam aos mesmos instrumentos mais de uma vez para analisar as mudanças ao longo do tempo, o presente estudo tem um delineamento longitudinal.

Procedimentos de análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso a um Modelo Linear Hierárquico computado através do Statistical Package for the Social Sciences na versão 28.0 para o Windows (SPSS; IBM Corp., 2021). Num primeiro momento, foram realizados os Modelos Nulos para as variáveis dependentes (Expressão Emocional e os Sintomas). O Modelo Nulo é composto apenas por um parâmetro fixo – o valor médio – da Expressão Emocional (EE-SR) e dos Sintomas (OQ-10).

A segunda etapa, de construção de Modelos Lineares Não Condicionais, consistiu em modelar a evolução das mesmas variáveis através da introdução de uma componente linear (sequência de sessões). Nesta fase, com a introdução da componente linear (sessões) os parâmetros fixos dos modelos lineares não condicionais foram: a constante (corresponde ao valor médio da variável de resultado na primeira sessão avaliada, sessão 0); e o declive (o valor médio da evolução da variável de resultado ao longo das sessões).

Na terceira etapa da análise foi realizado uma sequência de Modelos Lineares Condicionais com o objetivo de identificar a influência das variáveis da Relação Real (Genuinidade e Realismo) e da Aliança Terapêutica (Objetivos, Tarefas e Vínculo) para a evolução das variáveis dependentes (Experiência Emocional e os Sintomas). Nestes modelos mais complexos, aos parâmetros fixos da etapa anterior foram acrescentados os parâmetros fixos relativos ao efeito das variáveis independentes em estudo (Aliança Terapêutica e Relação Real) para a evolução das variáveis dependentes (Experiência Emocional e os Sintomas). Além disso, nestes modelos, como pretendemos avaliar se o efeito das variáveis independentes depende do tempo (componente linear), estimámos um parâmetro fixo que nos indica se existe interação entre o efeito de cada uma das variáveis independentes e o tempo. Se este parâmetro for significativo, concluímos que o efeito da variável independente para os sintomas e para a experiência emocional não é igual em todas as sessões do processo terapêutico. Os modelos mais complexos, calculados nesta terceira etapa, permitiram a obtenção de respostas para os objetivos do estudo. Por uma questão de parcimónia, são apresentados apenas os modelos relativos à terceira etapa de análise.

A aplicação do Modelo Linear Hierárquico permite estimar parâmetros fixos e aleatórios em cada uma das etapas anteriormente descritas. Relativamente aos objetivos do estudo, foram interpretados apenas os parâmetros fixos. A significância de cada um dos parâmetros fixos estimados foi testada através de um teste t de significância. Para avaliar o ajustamento e a parcimónia dos distintos modelos, utilizou-se respetivamente o valor absoluto de $-2 \log\text{-likelihood}$ ($-2LL$) e o valor absoluto de Akaike Information Criterion (AIC) (Heck et al., 2010), sendo que valores mais baixos indicam melhor ajustamento e parcimónia. Antes de efetuar as análises anteriormente descritas a componente linear foi centrada com o objetivo de facilitar a interpretação dos parâmetros

fixos estimados. Assim, a componente linear foi codificada tendo sido atribuído o valor 0 à primeira sessão. As variáveis independentes (Genuinidade, Realismo, Vínculo, Tarefas e Objetivos) foram centradas na média da série de medidas repetidas de cada um dos participantes para assegurar a estabilidade dos parâmetros fixos estimados (Wang & Maxwell, 2015).

Para modelar as medidas repetidas foi adotada uma matriz autorregressiva de primeira ordem [AR(1)]. A aplicação deste tipo de matriz é adequada para dados longitudinais em que se pode assumir que os valores de uma dada variável num determinado momento são influenciados pelos valores da mesma variável no momento anterior.

Resultados

Em primeiro lugar, serão enunciados os contributos da Relação Real (i.e., constituída pelas dimensões Realismo e Genuinidade) e da aliança terapêutica (i.e., constituída pelas dimensões Vínculo, Objetivos e Tarefas) para a sintomatologia (Tabela 1). Em segundo lugar, serão enunciados os efeitos da Relação Real e da Aliança Terapêutica enquanto preditores para a Expressão Emocional do cliente (Tabela 2).

Tabela 1

Parâmetros fixos estimados e significância para a componente linear e dimensões da Aliança Terapêutica, da Relação Real, e respetivas interações destas com a componente linear, para a evolução da sintomatologia.

			Estimativa	DP	df	t	p	IC 95%		
								Inferior	Superior	
Aliança Terapêutica										
Vínculo										
	Constante	γ_{00}	19.252	0.983	59.378	19.584	.000**	17.285	21.219	
	Componente linear	γ_{10}	-0.198	0.529	19.038	-3.740	.001**	-0.309	-0.087	
	Vínculo	γ_{01}	-0.068	0.335	628.119	-0.204	.838	-0.727	0.590	
	Vínculo X Componente linear	γ_{02}	0.006	0.011	415.630	0.549	.583	-0.015	0.027	
Objetivos										
	Constante	γ_{00}	19.374	0.991	58.004	19.558	.000**	17.391	21.357	
	Componente linear	γ_{10}	-0.206	0.048	16.555	-4.329	.000**	-0.307	-0.105	
	Objetivos	γ_{01}	-0.404	0.444	812.934	-0.910	.363	-1.277	0.468	
	Objetivos X Componente linear	γ_{02}	-0.045	0.017	791.403	-2.664	.008**	-0.079	-0.012	
Tarefas										
	Constante	γ_{00}	19.200	0.990	58.274	19.393	.000**	17.219	21.182	
	Componente linear	γ_{10}	-0.185	0.048	17.337	-3.835	.001**	-0.286	-0.083	
	Tarefas	γ_{01}	-0.928	0.399	803.117	-2.324	.020*	-1.711	-0.144	
	Tarefas X Componente linear	γ_{02}	-0,026	0.015	757.360	-1.670	.095	-0.056	0.005	
Total										
	Constante	γ_{00}	19.395	0.989	58.173	19.604	.000**	17.415	21.376	
	Componente linear	γ_{10}	-0.211	0.049	18.052	-4.302	.000**	-0.315	-0.108	
	Total	γ_{01}	-0.699	0.520	720.537	-1.344	.179	-1.719	0.322	
	Total X Componente linear	γ_{02}	-0,016	0.019	524.556	-0.587	.392	-0.053	0.021	
Relação Real										
Genuinidade										
	Constante	γ_{00}	18.779	1.375	35.342	13.661	.000**	15.989	21.569	
	Componente linear	γ_{10}	-0.210	0.084	11.187	-2.509	.029*	-0.394	-0.026	
	Genuinidade	γ_{01}	0.335	0.666	203.733	0.504	.615	-0.977	1.648	
	Genuinidade X Componente linear	γ_{02}	-0.026	0.050	182.982	-0.518	.605	-0.126	0.073	
Realismo										
	Constante	γ_{00}	18.794	1.369	35.202	13.773	.000**	16.017	21.572	
	Componente linear	γ_{10}	-0.211	0.083	11.040	-2.554	.027*	-0.393	-0.029	
	Realismo	γ_{01}	-0.590	1.317	177.482	-0.448	.655	-3.190	2.010	
	Interação X Componente linear	γ_{02}	0.018	0.076	169.167	0.237	.813	-0.132	0.169	
Total										
	Constante	γ_{00}	18.811	1.369	35.156	13.737	.000**	16.032	21.591	
	Componente linear	γ_{10}	-0.214	0.083	11.093	-2.567	.026*	-0.397	-0.031	
	Total	γ_{01}	0.128	0.965	200.066	0.133	.895	-1.774	2.030	
	Total X Componente linear	γ_{02}	-0,016	0.058	176.701	-0.272	.786	-0.131	0.099	

Nota.: * $p < 0.05$; ** $p < .001$.

A Tabela 1 sumaria a informação acerca dos parâmetros fixos estimados e significância para a componente linear e dimensões da aliança terapêutica, da Relação Real, e respetivas interações destas com a componente linear, para a evolução da sintomatologia. Numa primeira análise, observamos que, ao início da terapia ($\gamma_{01} = 0.125; p < .001$), o valor da sintomatologia estimado se situa entre 18,779 e 19,475 (para uma amplitude entre 0 e 40). Observamos também que existe uma diminuição significativa ($p \leq .05$) da sintomatologia entre duas sessões consecutivas, independentemente do construto e dimensões avaliadas. O valor do decréscimo entre sessões situa-se entre 0.186 e 0.212.

No que diz respeito à análise dos preditores propostos para explicar os resultados terapêuticos, verifica-se que a dimensão das Tarefas contribuiu significativamente para a diminuição dos sintomas ao longo das sessões ($\gamma_{01} = -0.928; t = -2.324; p = .005$). Ao observar a interação entre as Tarefas e a componente linear, percebe-se que o efeito das Tarefas na diminuição dos sintomas não depende do tempo ($\gamma_{02} = -0.026; t = -1.344; p = .547$). Por outro lado, os resultados revelaram que a dimensão dos Objetivos não contribuiu significativamente para a diminuição dos sintomas ao longo das sessões ($\gamma_{01} = -0.404; t = -0.910; p = .363$), assim como a dimensão Vínculo não exerceu um efeito estatisticamente significativo na diminuição dos sintomas ao longo das sessões ($\gamma_{01} = -0.068; t = -0.204; p = .838$).

Os resultados sugerem ainda que não existe um efeito estatisticamente significativo da Genuinidade ($\gamma_{01} = 0.335; t = 0.504; p = .615$) e do Realismo ($\gamma_{01} = -0.590; t = -0.448; p = .655$) para a diminuição da sintomatologia. Mais ainda, os resultados revelaram que não existe um efeito estatisticamente significativo da Relação Real Total sobre a diminuição da sintomatologia ($\gamma_{01} = 0.128; t = -0.133; p = .895$).

Tabela 2

Parâmetros fixos estimados e significância para a componente linear e dimensões de Aliança Terapêutica, da Relação Real, e respectivas interações destas com a componente linear, para a evolução da experiência emocional.

		γ	0	DP	df	t	p	IC 95%	
		Estimativa						Inferior	Superior
Aliança Terapêutica									
Vínculo									
	Constante	γ_{00}	5.682	0.138	81.463	41.196	.000**	5.408	5.957
	Componente linear	γ_{10}	-0.006	0.008	23.582	-0.714	.482	-0.022	0.011
	Vínculo	γ_{01}	-0.025	0.093	320.195	-0.267	.790	-0.208	0.158
	Vínculo X Componente linear	γ_{02}	-0.001	0.003	265.281	-0.503	.615	-0.007	0.004
Objetivos									
	Constante	γ_{00}	5.570	0.143	72.109	39.038	.000**	5.286	5.855
	Componente linear	γ_{10}	0.003	0.007	21.233	0.408	.688	-0.012	0.018
	Objetivos	γ_{01}	0.410	0.164	572.804	2.502	.013*	0.088	0.733
	Objetivos X Componente linear	γ_{02}	0.003	0.006	465.200	0.523	.602	-0.009	0.015
Tarefas									
	Constante	γ_{00}	5.621	0.137	72.777	41.092	.000**	5.348	4.893
	Componente linear	γ_{10}	-0.001	0.007	18.609	-0.139	.891	-0.016	0.014
	Tarefas	γ_{01}	0.231	0.162	624.126	1.428	.154	-0.087	0.549
	Tarefas X Componente linear	γ_{02}	0.003	0.006	675.664	0.484	.628	-0.009	0.015
Total									
	Constante	γ_{00}	5.614	0.138	76.706	40.625	.000**	5.339	5.890
	Componente linear	γ_{10}	0.000	0.008	23.584	0.020	.984	-0.016	0.017
	Total	γ_{01}	0.219	0.168	375.373	1.305	.193	-0.111	0.549
	Total X Componente linear	γ_{02}	-0.004	0.005	301.080	-0.710	.479	-0.015	0.007
Relação Real									
Genuinidade									
	Constante	γ_{00}	5.687	0.186	41.544	30.544	.000**	5.311	6.063
	Componente linear	γ_{10}	0.018	0.016	15.124	1.118	.281	-0.016	0.052
	Genuinidade	γ_{01}	0.694	0.262	191.407	2.651	.009**	.178	1.210
	Genuinidade X Componente linear	γ_{02}	-0.045	0.021	215.369	-2.091	.038*	-0.087	-0.003
Realismo									
	Constante	γ_{00}	5.722	0.187	40.151	30.607	.000**	5.344	6.100
	Componente linear	γ_{10}	0.014	0.015	14.580	0.920	.373	-0.018	0.045
	Realismo	γ_{01}	-1.515	0.558	205.246	-2.714	.007*	-2.616	-0.415
	Interação X Componente linear	γ_{02}	0.071	0.034	214.705	2.110	.036*	0.005	0.137
Total									
	Constante	γ_{00}	5.747	0.188	40.872	30.600	.000**	5.368	6.126
	Componente linear	γ_{10}	0.012	0.015	14.546	0.769	.454	-0.021	0.044
	Total	γ_{01}	0.228	0.389	196.541	0.587	.558	-0.539	0.995
	Total X Componente linear	γ_{02}	-0.016	0.026	215.141	-0.625	.533	-0.067	0.035

Nota. (...)

* $p < .05$, ** $p < .01$

Ao analisar a Tabela 2, observamos que, no início da terapia ($\gamma_{01} = 0.218$; $p < .001$; $\gamma_{01} = 0.228$; $p < .001$) o valor estimado para a experiência emocional se situa entre 5,614 e 5,747 (para uma amplitude entre 0 e 7). Observamos também que os resultados revelam que a experiência emocional não tem uma tendência estatisticamente significativa de diminuição ou aumento ao longo da terapia. Assim, considera-se que a experiência emocional possui uma evolução estável ao longo do tempo.

No que se refere ao efeito das variáveis em estudo, verifica-se que a dimensão dos Objetivos contribui significativamente para a Experiência Emocional na sessão ($\gamma_{01} = 0.418$; $t = -2.502$; $p = .013$). Assim, o aumento de um ponto no acordo acerca dos objetivos traduz-se num aumento de 0,41 pontos na experiência emocional. Os resultados também revelaram que este efeito não depende do tempo ($\gamma_{02} = 0.003$; $t = 0.523$; $p = .602$).

No que diz respeito às dimensões Genuinidade e Realismo da Relação Real, ambas apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre a Experiência Emocional do cliente. Isto significa que, em relação à dimensão Genuinidade, quanto maior a Genuinidade maior será experiência emocional vivida na sessão ($\gamma_{01} = 0.694$; $t = 0.694$; $p = .009$). Os resultados também demonstraram que este efeito depende do tempo, sendo que o efeito da Genuinidade decresce à medida que se avança no número de sessões terapêuticas ($\gamma_{02} = -0.045$; $t = -2.091$; $p = .038$).

Relativamente à dimensão Realismo, os resultados demonstram que existe um efeito desta variável na Experiência Emocional ($\gamma_{01} = -1.515$; $t = -2.714$; $p = .007$), demonstrando que quanto mais Realismo o cliente reporta, menor é a Experiência Emocional na sessão. Mais ainda, os resultados revelaram que o efeito desta variável sobre a Experiência Emocional depende do tempo ($\gamma_{02} = 0.071$; $t = 2.110$; $p = .036$), o

que significa que este efeito é atenuado à medida que se avança no processo terapêutico. Já a Relação Real total não exerceu um efeito significativo na Expressão Emocional do cliente ($\gamma_{01} = 0.587; = -0.587; p = .558$).

No que se refere aos efeitos aleatórios do modelo, não se verificou variância significativa da componente linear em nenhuma das análises. Por último, no que concerne à variância da constante, verificou-se que existe variância por explicar em todas as análises. Isto é, os sujeitos diferenciam-se entre si no valor de sintomatologia e da experiência emocional ao início da terapia.

Discussão

O presente estudo foi realizado com os objetivos de descrever a evolução da sintomatologia e da Experiência Emocional ao longo do tempo, e avaliar qual o contributo da Aliança Terapêutica e da Relação Real para a evolução da sintomatologia e da Experiência Emocional, considerando que esse contributo pode variar ao longo do tempo. Como principais hipóteses do estudo, esperávamos encontrar um efeito positivo da Aliança Terapêutica e da Relação Real na sintomatologia e na Experiência Emocional, assim como era esperado que o efeito se acentuasse com o desenvolvimento da relação terapêutica (i.e., que o efeito da Aliança Terapêutica e da Relação Real fosse mais pronunciado com o avanço do processo terapêutico).

Relativamente ao primeiro objetivo, os resultados mostraram que a Sintomatologia apresentou um decréscimo ao longo do processo terapêutico, reforçando os resultados de estudos anteriores em que se constatou que a Terapia da Fobia dos Afetos é eficaz. Algumas investigações têm demonstrado a eficácia da Terapia da Fobia dos Afetos no tratamento de perturbações mentais, como na diminuição da sintomatologia depressiva e de ansiedade (Dornelas et al., 2010; Johansson et al., 2013; Julien &

O'Connor, 2017). Apesar desta diminuição significativa da sintomatologia ao longo do processo terapêutico, a Experiência Emocional manteve-se estável ao longo do tempo, não denotando nenhum efeito de crescimento ou decréscimo da mesma. Este resultado não seria expectável, já que, segundo a Terapia para a Fobia de Afetos, seria o aumento gradual da exposição às emoções adaptativas que levaria ao sucesso terapêutico (Julien & O'Connor, 2017). Desta forma, seria expectável que existisse um aumento gradual da Experiência Emocional ao longo do processo terapêutico no nosso estudo. Os resultados do presente estudo não vão ao encontro dos resultados de Peluso e Freund (2018), que demonstraram que uma maior experiência emocional na sessão terapêutica permitiu atingir um maior sucesso terapêutico, embora os autores tivessem alertado para o facto de não ser permitido estabelecer uma relação causal entre os fatores e, por isso, estudos futuros deverão continuar a explorar este objetivo.

No que se refere ao segundo objetivo relativo ao construto da Aliança Terapêutica, os resultados revelaram que a dimensão de concordância com as tarefas contribuiu significativamente para a diminuição da sintomatologia ao longo da terapia. Relativamente às outras dimensões, isto é, o vínculo estabelecido entre terapeuta e cliente e o acordo nos objetivos, estas não revelaram um efeito sobre a diminuição da sintomatologia. Os resultados confirmam parcialmente os estudos anteriores, segundo os quais uma Aliança Terapêutica forte contribui para a efetividade da terapia (Carryer & Greenberg, 2010; Flückiger et al., 2019), expandindo este conhecimento para qual a dimensão da Aliança com maior peso sobre o decréscimo dos sintomas ao longo da terapia.

Alguns estudos examinaram o efeito de cada uma das dimensões da aliança na diminuição da sintomatologia. Andersson et al. (2012) demonstraram que a dimensão das tarefas se correlacionou mais com os resultados terapêuticos, apesar de apresentar uma

correlação fraca, sendo que as restantes dimensões da escala não apresentaram correlações significativas, o que vai ao encontro aos resultados do presente estudo. Por outro lado, Scherer et al. (2015) e Wagner et al. (2012) demonstraram que, tanto a concordância com as tarefas, como com os objetivos, se correlacionam significativamente com o sucesso terapêutico, sendo que o vínculo não se correlacionou significativamente com a diminuição da sintomatologia, à semelhança dos resultados do presente estudo. Já Kiluk et al. (2014) revelaram que tanto a concordância com as tarefas, com os objetivos e o vínculo apresentaram correlações significativas com o sucesso terapêutico. Assim, é de notar que os resultados dos diferentes estudos não são consensuais. Os estudos que fizeram esta análise individual de cada uma das dimensões da WAI-SR e do seu impacto sobre o sucesso terapêutico foram realizados com participantes em terapias com recurso às tecnologias (i.e., programas online de ajuda autoadministrada), maioritariamente de orientações cognitivo-comportamentais, e orientados por um conselheiro, ao contrário do presente estudo em que os participantes foram submetidos a uma terapia presencial com um psicoterapeuta de orientação psicodinâmica. O estudo de Preschl et al. (2011) teve como objetivo comparar os resultados da terapia online e da terapia presencial e demonstrou, relativamente à terapia presencial, que, tanto a concordância com as tarefas, como a concordância com os objetivos, se correlacionaram significativamente com a diminuição da sintomatologia pós-tratamento numa modalidade de terapia presencial, embora este estudo tenha uma abordagem cognitivo-comportamental.

O facto de os nossos resultados não terem revelado um efeito significativo de todas as dimensões da Aliança Terapêutica na diminuição da sintomatologia, ao contrário de outros estudos, pode-se dever a diferenças metodológicas entre os estudos anteriores e o presente estudo. Exemplificando, no estudo de Carryer e Greenberg (2010) foi utilizado um instrumento de avaliação para perceber a evolução da sintomatologia

diferente do utilizado no presente estudo (i.e., Sympton Checklist – 90 – Revised). Os resultados deste estudo revelaram que a Aliança Terapêutica apenas demonstrou um efeito significativo sobre os sintomas depressivos. Também Flückiger et al. (2018) realizaram uma meta-análise com o intuito de examinar o efeito da Aliança Terapêutica sobre os resultados da terapia. A maioria destes estudos analisou o impacto da Aliança Terapêutica sobre a diminuição da sintomatologia com recurso à pontuação total da WAI-SR (Anderson et al., 2012; Andersson et al., 2015; Bergman et al., 2014; Hedman et al., 2015; Jasper et al., 2014; Mulligan et al., 2014; Richards et al., 2013), não realizando uma análise do impacto individual de cada uma das dimensões nos resultados terapêuticos, tal como foi feito no presente estudo, impossibilitando a comparação dos nossos resultados com as descobertas de investigações prévias.

Com enfoque nos estudos que analisam o impacto da Aliança Terapêutica sobre os resultados terapêuticos e na metodologia usada no presente estudo, podemos retirar algumas conclusões: existe uma escassez de estudos que analisam o impacto das dimensões da aliança na diminuição da sintomatologia, o que sugere a necessidade de estudos futuros continuarem a realizar estas análises para obter resultados mais claros; e, os estudos que analisam este impacto obtêm resultados não consensuais, pelo que é necessário continuar a explorar sobre qual o real impacto da Aliança Terapêutica no sucesso terapêutico e, especificamente, quais as dimensões que mais contribuem para esse impacto. Além disso, como já referido, as investigações anteriores são conduzidas com recurso a amostras que participam em terapias online e autoadministradas, pelo que são necessários estudos futuros que explorem o contributo das diferentes dimensões da Aliança Terapêutica sobre o sucesso terapêutico numa modalidade presencial de psicoterapia, à semelhança do presente estudo; e, ainda, os estudos que analisaram o impacto das dimensões da Aliança Terapêutica sobre a diminuição da sintomatologia

fizeram-no com recurso a correlações, sendo que esta análise estatística não permite determinar uma causa-efeito, não deixando claro se é a Aliança Terapêutica que aumenta a diminuição da sintomatologia ou o contrário, sendo que a Aliança Terapêutica pode ser um resultado do sucesso terapêutico, ao invés de um preditor do sucesso terapêutico (Feeley et al., 1999). Estudos futuros deverão continuar a explorar a relação entre as dimensões que compõem a Aliança Terapêutica (i.e., dimensões da WAI-SR) e o sucesso terapêutico com recurso a procedimentos de análise que permitem determinar o nexo de causalidade.

No que diz respeito às descobertas do nosso estudo, estas realçam o efeito particular da dimensão de concordância com as tarefas terapêuticas. Assim, podemos especular que a concordância com os objetivos e o vínculo são menos relevantes para o sucesso terapêutico na psicoterapia psicodinâmica, tornando a concordância com as tarefas mais central no foco do tratamento. Posto isto, uma maior concordância com as tarefas estabelecidas parece ser essencial para a diminuição da sintomatologia do cliente ao longo da terapia. Este resultado é suportado pela definição teórica de Hatcher (2009), que nos diz que a eficácia das tarefas em promover o movimento em direção ao objetivo depende da vivacidade com que o terapeuta persuade o cliente acerca da importância da tarefa. Se o cliente tiver consciente sobre as suas dificuldades e com o seu desejo de mudança em mente, sabendo exatamente quais as tarefas designadas para atingir a mudança e concordando com elas, podem ser promovidos melhores resultados terapêuticos. Estes resultados reforçam as conclusões de estudos anteriores que demonstraram a importância da Aliança Terapêutica, em particular da concordância com as tarefas, para atingir resultados terapêuticos (Flückiger et al., 2018). Em termos de implicações clínicas, os resultados são particularmente relevantes para que o terapeuta saiba como potenciar o sucesso terapêutico através da promoção de uma maior

concordância com as tarefas. O aumento da concordância não significa que o terapeuta ou o cliente concordem automaticamente com as tarefas, mas que tal acordo seja atingido através da negociação da díade (Flückiger et al., 2018).

O efeito da concordância com as tarefas estabelecidas ao longo do processo terapêutico sobre a diminuição da sintomatologia não dependeu do tempo, sendo que não se acentua ou atenua com o decorrer das sessões. Do nosso conhecimento, são escassos os estudos que exploraram o impacto da Aliança Terapêutica em função do tempo sobre os resultados terapêuticos, pelo que estudos futuros deverão continuar a explorar este objetivo.

Em relação à Relação Real, as dimensões do Realismo e da Genuinidade não revelaram ter um efeito estatisticamente significativo sobre a diminuição da sintomatologia ao longo do processo. Assim sendo, os resultados revelam que a relação pessoal estabelecida entre o terapeuta e o cliente, marcada pela extensão em que cada um é genuíno com o outro e o percebe de um modo realista (Gelso, 2009), não tem um efeito sobre os resultados terapêuticos, o que não vai ao encontro das nossas hipóteses estabelecidas. Seria esperado que a construção dessa Relação Real entre terapeuta e cliente originasse uma base de confiança e curiosidade genuína para trabalhar as emoções no processo terapêutico, levando a melhores resultados (Greenberg et al., 2019). Ademais, o construto do vínculo da Aliança Terapêutica, que aparece frequentemente relacionado com a Relação Real (Gelso, 2014), também não relevou ter um impacto significativo nos resultados terapêuticos. Os resultados podem-nos sugerir que existem alguns aspetos, como a concordância com as tarefas e objetivos da terapia, que são mais fulcrais para a diminuição da sintomatologia, demonstrando que o vínculo ou a Relação Real estabelecida com o terapeuta podem ser mais determinantes para outras dimensões

dos resultados terapêuticos. Investigações futuras deverão continuar a clarificar quais os aspetos mais relevantes para a diminuição da sintomatologia.

Os nossos resultados divergem da meta-análise realizada por Gelso et al. (2018), que demonstrou a existência de uma associação moderada entre a Relação Real e os resultados terapêuticos, ao contrário do presente estudo que não demonstrou um impacto da Relação Real e das suas dimensões sobre o sucesso terapêutico. Podem ser denotadas algumas diferenças metodológicas entre o nosso estudo e os estudos incluídos na meta-análise de Gelso et al. (2018). Em termos de instrumentos, poucos foram os estudos que usaram como medida de resultados terapêuticos o mesmo questionário que o presente estudo (i.e., Outcome Questionnaire), tendo a maioria dos estudos (e.g., Fuertes et al., 2007; Fuertes et al., 2018; Gelso et al., 2012) recorrido ao *Counseling Outcome Measure* (Gelso & Johnson, 1983) para avaliar a sintomatologia. Além disso, a avaliação do progresso do cliente no tratamento com este instrumento foi realizada segundo a perspetiva do cliente e do terapeuta, ao contrário do presente estudo, que não realizou uma análise e comparação da perspetiva do cliente e do terapeuta. Alguns dos estudos incluídos nesta meta-análise não avaliaram o impacto das duas dimensões do RRI sobre os resultados terapêuticos, à semelhança do presente estudo, avaliando a Relação Real como um todo e o impacto da mesma sobre a diminuição da sintomatologia (Fuertes et al., 2007; Fuertes et al., 2018; Gelso et al., 2012; Gullo et al., 2012). Apenas o estudo de Lo Coco et al. (2011) analisou o impacto das duas dimensões que constituem o RRI no sucesso terapêutico, revelando que a Genuinidade, segundo a perspetiva do cliente, previu resultados terapêuticos, o que não se verificou em relação ao Realismo. Ainda assim, este estudo conta com a comparação entre a perspetiva do cliente e do terapeuta, sendo que a Relação Real, quando avaliada pelo terapeuta, não se correlacionou com os resultados

terapêuticos. Assim, estes resultados sugerem a necessidade de estudos futuros continuarem a explorar o impacto das dimensões da Relação Real no sucesso terapêutico.

Os resultados encontrados mostraram também que apenas a concordância com os objetivos exerceu um efeito sobre a Experiência Emocional, que não depende do tempo. Posto isto, os resultados corroboram, em parte apenas, as hipóteses inicialmente estabelecidas, já que era esperado que todas as dimensões da Aliança Terapêutica (i.e., tarefas, objetivos e vínculo) exercessem um efeito significativo sobre a Experiência Emocional, cujo efeito dependeria do tempo. É de salientar a escassez de estudos que exploram o efeito da Aliança Terapêutica sobre a Experiência Emocional, focando-se mais no contributo da Aliança Terapêutica em interação com a Experiência Emocional, para a diminuição da sintomatologia (e.g., Peluso & Freund, 2019). Tendo em conta esta lacuna, é impossível delinear uma explicação teórica para estes resultados contraditórios às hipóteses estabelecidas, pelo que estudos futuros deverão continuar a explorar este efeito para atingirem um consenso quanto aos resultados. Ainda assim, é de realçar que os resultados parecem revelar que há uma dimensão com maior efeito na experiência emocional do cliente, sendo esta a concordância com os objetivos terapêuticos. À luz desta descoberta, é possível sugerir que os terapeutas devam procurar atingir uma maior concordância com o cliente relativamente aos objetivos da terapia, o que pode ser feito através de um processo de negociação (Flückiger et al., 2018). Esta preocupação em atingir maior concordância relativamente aos objetivos pode ser particularmente relevante, pois por meio desta pode ser atingida uma maior experiência emocional, que, conseqüentemente, levará a melhores resultados terapêuticos (Peluso & Freund, 2019). Devido a estas implicações práticas pertinentes, estudos futuros deverão continuar a explorar quais os elementos terapêuticos que podem conduzir a uma maior experiência emocional do cliente.

Os nossos resultados também revelaram que a Genuinidade e o Realismo exercem um efeito sobre a Experiência Emocional, mas em sentidos contrários e sendo que esse efeito depende do tempo. Estes resultados corroboram parcialmente as hipóteses inicialmente estabelecidas. Quanto maior a Genuinidade entre o terapeuta e o cliente, maior é a Experiência Emocional vivida na sessão pelo paciente. O efeito positivo da Genuinidade na Experiência Emocional, segundo os resultados, decresce à medida que se avança no processo terapêutico. Quer isto dizer que o efeito positivo da Genuinidade é mais forte numa fase inicial da terapia, comparativamente à fase final. Por outro lado, no que se refere ao Realismo, numa fase inicial do processo terapêutico, o Realismo pode levar à contenção da Experiência Emocional, sendo que este efeito se atenua ao longo do processo terapêutico.

Estes resultados são de particular relevância, pois podem sugerir que, na prática terapêutica, o terapeuta deve investir na Genuinidade na parte inicial do processo terapêutico se desde logo pretender estimular a experiência emocional. Desta forma, ao potenciar a Experiência Emocional, já está a predizer o sucesso terapêutico (Bridges, 2006; Fisher, 2016; Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Greenberg, 2011; Knox et al., 2017; Lane et al., 2015; Thoma & McKay, 2015; Watson & Bedard, 2006; Whelton, 2004). Por sua vez, o Realismo parece ter um efeito inibidor da experiência emocional no início da terapia. Este resultado sugere que, nesta fase da terapia, o terapeuta deverá ser cauteloso na devolução ao cliente da percepção que possui acerca do mesmo, dado que, ainda que seja realista, pode inibir a experiência emocional.

Não obstante a pertinência dos resultados encontrados, estes devem ser interpretados considerando algumas limitações do estudo. Primeiramente, o recrutamento dos participantes foi feito com recurso a um método de amostragem por conveniência, já que os participantes passavam pelo processo de psicoterapia de orientação psicodinâmica

no serviço de Psicologia da Universidade do Algarve, sendo que nem todos os elementos da população tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados. Os métodos de amostragem não probabilística (e.g., por conveniência) podem colocar em causa a representatividade da amostra, trazendo problemas ao nível da generalização dos resultados da amostra para a população, pois a amostra pode não conter a heterogeneidade da população que representa. O facto de ser um método por conveniência, a juntar ao facto de ser uma amostra de dimensão reduzida, alerta-nos para interpretarmos os resultados de forma cautelosa (Shaughnessy, 2019).

Em segundo lugar, os instrumentos utilizados consistiram em questionários de autorrelato, podendo originar problemas ao nível da desejabilidade social, sendo que os participantes podem responder de acordo com aquilo que é expectável socialmente e não de acordo com o que realmente pensam ou sentem (Shaughnessy, 2019). Ainda assim, os instrumentos utilizados foram adaptados e validados para a população portuguesa, apresentando bons indicadores de consistência interna. Apenas o instrumento utilizado para avaliar a Relação Real (i.e., *Real Relationship Inventory*; Gelso et al., 2005) se encontra atualmente a ser validado para a população portuguesa, sendo que ainda não possuímos indicadores de consistência interna, não nos dando certezas de que este instrumento é fidedigno para a população portuguesa, o que também pode ser entendido como uma limitação.

Como sugestões de investigações futuras, recomenda-se a contínua exploração do contributo das dimensões relacionais para o sucesso dos tratamentos, com a combinação de métodos de recolha de dados (e.g., dados qualitativos, observação) que permitam comparar resultados e ultrapassar as limitações identificadas ao nível das medidas de autorrelato. Além disso, as amostras devem consistir em amostras de maior dimensão e mais diversificadas para que possam estar mais próximas da realidade populacional. Em

caso de amostras de reduzidas dimensões, podem ser utilizados métodos mais qualitativos (e.g., entrevistas), amplamente aconselhados nestes casos.

Em suma, este estudo reforça a eficácia da Terapia da Fobia dos Afetos como e, sobretudo, permite: especificar de que modo as dimensões da Aliança Terapêutica e da Relação Real contribuem para Expressão Emocional e para a evolução da sintomatologia; e, identificar efeitos diferenciados das dimensões da Relação Real ao longo do tempo. A literatura neste âmbito é particularmente relevante para os terapeutas orientarem a sua prática terapêutica e, em particular, decidirem quais as dimensões dos fatores comuns que devem privilegiar a cada momento do processo terapêutico, a fim de reduzir o sofrimento psicológico dos seus clientes.

Referências Bibliográficas

- Abbass, A., Arthey, S., Elliott, J., Fedak, T., Nowoweiski, D., Markovski, J., & Nowoweiski, S. (2011). Web-conference supervision for advanced psychotherapy training: A practical guide. *Psychotherapy, 48*(2), 109–118. <https://doi.org/10.1037/a0022427>
- Anderson, R. E. E., Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Prosser, S., & Kenardy, J. (2012). Working alliance in online cognitive behaviortherapy for anxiety disorders in youth: Comparison with clinic deliveryand its role in predicting outcome. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), 1-17. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1848>
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B.,Lundborg, L.,...Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered

cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 544–550.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.003>

Bergman, N. L., Carlbring, P., Linna, E., & Andersson, G. (2013). Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: Randomized controlled pilot trial. *JMIR Research Protocols*, 2(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.2196/resprot.2292>

Beutel, M. E., Greenberg, L., Lane, R. D., & Subic-Wrana, C. (2019). Treating anxiety disorders by emotion-focused psychodynamic psychotherapy (EFPP)-An integrative, transdiagnostic approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 1-13. <https://doi.org/10.1002/cpp.2325>

Bordin, E. (1979). *The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Volume 16.

Bridges, M. (2006). Activating the Corrective Emotional Experience. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 551-568. <https://doi.org/10.1002/jclp.20248>

Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 190-199. doi: 10.1037/a0018401190

Diener, M. J., Hilsenrot, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.936>

Dornelas, E. A., Ferrand, J., Stepnowski, R., Barbagallo, J., & McCullough, L. (2010). A pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 364–382. <https://doi.org/10.1037/a0022035>

- Dobson, D. J. G., & Dobson, K. S. (2013). In-Session structure and collaborative empiricism. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(4), 410-418. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.11.002>
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*(7). doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Feeley, M., DeRubeis, RJ, & Gelfand, LA (1999). A relação temporal de adesão e aliança com a mudança de sintomas na terapia cognitiva para depressão. *Jornal de consultoria e psicologia clínica, 67*(4), 578-582. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.578>
- 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.
- Fuertes, J. N., Mislouack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research, 17*, 423–430. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600789189>
- Fuertes, J. N., Moore, M., & Ganley, J. (2018). Therapists' and clients' ratings of the real relationship, attachment, therapist self-disclosure, and treatment progress. *Psychotherapy Research, 29*(5), 594-606. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1425929>

- 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. doi: 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/10.1080/10503307.2017.141162>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. Basic Books.
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research, 19*(3), 253–264. <https://doi.org/10.1080/10503300802389242>
- Gelso, C. J. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice. *Psychotherapy Research, 24*(2):117-31. doi: 10.1080/10503307.2013.845920.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gelso, C. J., & Johnson, D. H. (1983). *Explorations in time-limited psychotherapy and psychotherapy*. Teachers College Press.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy:

initial validation of the therapist form. *Journal of counselling psychology*, 52(4), 640-649. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.640640

Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M.,...Markin, R. D. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 495–506. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029838>

Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Markin, R. D. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434–444. <https://doi.org/10.1037/pst0000183>

Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Markin, R. D. (2019). The real relationship. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 351–378). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0010>

Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson, K. G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., Simpson, S., Sly, R., Lacey, J. H., Stiles-Shields, C., Tasca, G. A., Waller, G., Zaitsoff, S. L., Rienecke, R., Le Grange, D., Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 323-340. doi: 10.1002/eat.22672

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S., Malberg, N. T., & Tompkins, M. A. (2019). Introduction. In Greenberg, L. S., Malberg, N. T., & Tompkins, M. A. (2019). *Working with emotion in*

- psychodynamic, cognitive behavior, and emotion-focused psychotherapy* (pp. 3-12). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000130-001>
- 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>
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Gullo, S., Coco, G. L., & Gelso, C. (2012). Early and later predictors of outcome in brief therapy: The role of real relationship. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 614–619. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21860>
- Harte, M., Strmelj, B., & Theiler, S. (2020). Expanding the emotion-focused therapy task of focusing to process emotional injury. *Person-centered & experiential psychotherapies, 19*(1), 38-65. <https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618373>
- Hatcher, R. L. (2009). Considering the real relationship: Reaction to Gelso's "The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations". *Psychotherapy Research, 19*(3), 269-272. doi: 10.1080/10503300802527189
- 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>
- Hauke, G., & Lohr, C. (2022). Piloting the update: The use of therapeutic relationship for change – A free energy account. *Frontiers in Psychology, 13*, 1-15. doi: 10.3389/fpsyg.2022.842488
- Heck, R., Thomas, S. & Tabata, L. (2010). *Multilevel and Longitudinal Modeling with IBM SPSS*. New York: Routledge.

- Hedman, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljótsson, B. (2015). Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 49–55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.009>
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, *19*(1), 13-29. doi: 10.1080/10503300802621206. PMID: 19206019.
- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. (2014). The working alliance in a randomized controlled trial comparing internet-based self-help and face-to-face cognitive behavior therapy for chronic tinnitus. *Internet Interventions*, *1*, 49–57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2014.04.002>
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., Rousseau, A., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 2-22. <https://doi.org/10.7717/peerj.102>
- Julien, D., & O'Connor, K. (2017). Recasting psychodynamics into a behavioral framework: a review of the theory of psychopathology, treatment efficacy, and process of change of the affect phobia model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *47*(1), 1-10. doi: 10.1007/s10879-016-9324-9
- Knox, S., Hill, C. E., Knowlton, G., Chui, H., Pruitt, N., & Tate, K. (2017). Crying in psychotherapy: The perspective of therapists and clients. *Psychotherapy*, *54*(3), 292-306. <https://doi.org/10.1037/pst0000123>
- Kiluk, B. D., Serafini, K., Frankforter, T., Nich, C., & Carroll, K. M. (2014). Only connect: The working alliance in computer-based cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *63*, 139–146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.003>

- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Lane, R., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioural and Brain Sciences*, 38, 1-64. doi:10.1017/S0140525X14000041
- Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 359–367. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022426>
- López-Bermúdez, M. A., Ferro-García, R., Calvillo-Mazarro, M., & Valero-Aguayo, L. (2021). Importance of the Therapeutic Relationship: Efficacy of functional analytic psychotherapy with different problems. *Clínica y Salud*, 32(3), 103-109. <https://journals.copmadrid.org/clysa>
- McCullough, 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, 82-97. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.82>
- Mulligan, J., Haddock, G., Hartley, S., Davies, J., Sharp, T., Kelly, J.,...Barrowclough, C. (2014). An exploration of the therapeutic alliance within a telephone-based cognitive behaviour therapy for individuals with experience of psychosis.

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87, 393–410.

<http://dx.doi.org/10.1111/papt.12018>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 1–23).

Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0001>

Osborn, K. A. R., Ulvenes, P. G., Wampold, B. E., & McCullough, L. (2015). 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., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>

Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 461–472. <https://doi.org/10.1037/pst0000165>

Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2019). Emotional expression. In Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationship that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 461-460). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0012>

Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11, 189–189. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-189>

- Ramos, M. A. F., & Machado, P. P. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory – Short Revised* (Master Dissertation). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8895?mode=full>
- Richards, D., Timulak, L., & Hevey, D. (2013). A comparison of two online cognitive-behavioural interventions for symptoms of depression in a student population: The role of therapist responsiveness. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13, 184–193. <http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2012.733715>
- Scherer, S., Alder, J., Gaab, J., Berger, T., Ihde, K., & Urech, C. (2016). Patient satisfaction and psychological well-being after internet-based cognitive behavioral stress management (IB-CBSM) for women with preterm labor: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 80, 37–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.011>
- Seelert, K. R., Hill, R. D., Rigdon, M. A., & Schwenzfeier, E. (1999). Measuring patient distress in primary care. *Family medicine*, 31(7), 483-487. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10425529/>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zeichmeister, J. S. (2012). *Metodologia de Pesquisa em Psicologia* (9th ed.). AMGH Editora.
- Stern, J. M. (2003). Review article: psychiatric, psychotherapy and gastroenterology – bringing it all together. *Aliment Pharmacol Ther* 17, 175-184. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2003.01404.x>
- Thoma, N. C., & McKay, D. (2015). Introduction. In Thoma, N. C., & McKay, D. (2015). *Working with emotion in Cognitive-Behavioural Therapy*. Guilford Publications.
- Wagner, B., Brand, J., Schulz, W., & Knaevelsrud, C. (2012). Online working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in Arab war-

traumatized patients. *Depression and Anxiety*, 29, 646–651.

<http://dx.doi.org/10.1002/da.21962>

Wang, L. P., & Maxwell, S. E. (2015). On disaggregating between-person and within-person effects with longitudinal data using multilevel models. *Psychological methods*, 20(1), 63–83. <https://doi.org/10.1037/met0000030>

Watson, J. C., & Bedard, D. L. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 152-159. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.152>

Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 11, 58-71. doi: 10.1002/cpp.392