

**ANA CAROLINA ESTÊVÃO MODESTO**

**Relações que resultam: a aliança terapeuta-cliente  
como base para a intervenção psicodinâmica**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

ANA CAROLINA ESTÊVÃO MODESTO

**Relações que resultam: a aliança terapeuta-cliente  
como base para a intervenção psicodinâmica**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Trabalho efetuado sob orientação de:**

Professor Doutor Luís Janeiro



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

# **Relações que resultam: a aliança terapeuta-cliente como base para a intervenção psicodinâmica**

## **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:

---

(Ana Carolina Estêvão Modesto)

***Copyright* © 2023 – Ana Carolina Estêvão Modesto**

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

Tal como Fernando Pessoa, “tenho em mim todos os sonhos do mundo” e com a entrega da dissertação vem o final de uma etapa e a concretização de uma das minhas diversas aspirações. São muitos os que contribuíram para a minha vida nestes anos, marcada por diversas emoções, e comigo permanecem as memórias desta passagem universitária. Um enorme agradecimento a todos os que fizeram parte dela.

Ao Professor Luís Janeiro, não só pela sua orientação, apoio e tempo disponibilizado ao longo da dissertação, como também pelas suas aulas repletas de conhecimento, boa disposição e originalidade.

À Doutoranda Laura Ferreira, pelo acompanhamento indispensável ao longo do desenvolvimento deste trabalho e por ter sido também como uma orientadora para mim.

A todos os que fizeram parte do meu percurso académico. Aos meus colegas, que se tornaram uma parte essencial do meu dia-a-dia, e aos professores, que contribuíram tanto para a minha educação académica, como para o meu crescimento pessoal.

A quem participou neste estudo (clientes e terapeutas) e a todos os que estiveram presentes ao longo do meu estágio, que me inspiraram muito no último ano de mestrado.

Aos meus amigos, que me deram tanto de momentos divertidos, como momentos de motivação para a realização desta tese.

Aos inúmeros artistas que me acompanharam em momentos de lazer, sendo através de páginas de livros, como através do som da sua música ou da sua representação nos grandes e pequenos ecrãs. Sem a ciência o mundo não avança, mas sem a arte ficamos parados no tempo.

À minha família, um enorme abraço coberto de gratidão. Aos meus pais, por me ouvirem nos momentos de maior entusiasmo e nos momentos de maior frustração. À minha irmã, por me mostrar que devemos seguir os nossos sonhos e lutar pelos mesmos, para além do grande apoio que me dá diariamente. Aos meus avós, que sempre me acarinharam e a quem devo uma enorme gratificação. Aos meus tios e tias, primos e primas, pelos bons momentos em família. Por último, mas não menos importantes, aos nossos animaizinhos que sempre me deram inúmeros sorrisos, momentos de paz e muita tranquilidade, quando eu mais precisava.

Desejo a todos muita felicidade e saúde. Um abraço.

*“(...) dream me the world. Something new for every night.”*

— Maggie Stiefvater, *The Dream Thieves (The Raven Cycle)*

## **Resumo**

A Terapia para as Fobias de Afetos (TFA) é um modelo de Psicoterapia Psicodinâmica Breve (PPB), segundo o qual os sintomas psicopatológicos do cliente são entendidos como resultado de defesas desadaptativas que os indivíduos utilizam para lidar com as emoções que são temidas. Posto isto, a TFA tem como objetivo expor gradualmente o cliente a uma ativação afetiva segura e à experiência autêntica das suas emoções, de modo a reestruturar as fobias afetivas e melhorar a sintomatologia do sujeito. Para que tal seja possível, o modelo terapêutico atribui particular relevo à importância da aliança terapêutica entre a díade, descrevendo-a como um “pré-requisito” para a intervenção aplicada pelo terapeuta. Contudo, a literatura é relativamente recente no que diz respeito à relevância da aliança terapêutica para o efeito das intervenções psicoterapêuticas, especificamente no modelo da TFA.

O presente estudo visou analisar se os resultados da intervenção terapêutica psicodinâmica, específica ao tratamento da TFA, dependem dos níveis de aliança terapêutica. Para a concretização do mesmo, foi recolhida uma amostra constituída por 31 clientes acompanhados num Serviço de Psicologia universitário e 3 terapeutas responsáveis pelo atendimento psicoterapêutico.

Os clientes responderam ao *Inventário de Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido (IAT-RR)* e ao *Outcome Questionnaire-10 (OQ-10)*, e os terapeutas responderam à *Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos (ATOS) - Versão do Terapeuta*. Os dados recolhidos foram organizados através de uma estrutura hierárquica e analisados com recurso ao método dos *Modelos Lineares Hierárquicos (MLH)*.

Os resultados obtidos sugerem que a melhoria sintomatológica do cliente ocorre quando níveis elevados de aliança terapêutica e, em particular, do vínculo interagem com as intervenções terapêuticas de promoção do reconhecimento de padrões de defesa desadaptativos, desenvolvimento de sentimentos positivos face ao *self* e reestruturação da perceção dos outros. Ao contrário do esperado, foi observado que níveis elevados de acordo nas tarefas podem potenciar a sintomatologia, aquando da intervenção para a experiência emocional. Os resultados deste estudo enfatizam a importância de os terapeutas promoverem a aliança, antes de colocarem em prática intervenções terapêuticas psicodinâmicas.

**Palavras-Chave:** Terapia para as Fobias de Afetos, Aliança Terapêutica, Intervenção do Terapeuta; Resultados Terapêutico, Sintomatologia do Cliente

## **Abstract**

The Therapy for Affect Phobias (TFA) is a model of Brief Psychodynamic Therapy (BPT), according to which the client's psychopathological symptoms are understood as a result of maladaptive defenses that individuals use to deal with feared emotions. That said, TFA aims to gradually expose the client to safe affective activation and the authentic experience of their emotions, to restructure affective phobias and improve the subject's symptomatology. For this to be possible, the therapeutic model attaches particular importance to the importance of the therapeutic alliance between the dyad, describing it as a "prerequisite" for the intervention applied by the therapist. However, the literature is relatively recent regarding the relevance of the therapeutic alliance for the effect of psychotherapeutic interventions, specifically in the AFT model.

The present study aimed to analyze whether the results of psychodynamic therapeutic intervention, specific to the treatment of AFT, depend on the levels of therapeutic alliance. For the realization of the same, a sample was collected consisting of 31 clients monitored in a University Psychology Service and 3 therapists responsible for psychotherapeutic care.

Clients answered the *Working Alliance Inventory - Short Revised (WAI -SR)* and the *Outcome Questionnaire-10 (OQ-10)*, and the therapists answered the *Achievement of Treatment Objectives Scales (ATOS) - Therapist Version*. The collected data was organized using a hierarchical structure and analyzed using the method set by the *Hierarchical Linear Modeling (HLM)*.

The obtained results suggest that the client's symptomatic improvement occurs when high levels of therapeutic alliance and, in particular, bonding interact with therapeutic interventions to promote insight or awareness into maladaptive patterns of thoughts/feelings/behaviors, assisting the client in improving self-image, and helping the client improving the image they have of others. Contrary to expectations, it was observed that high levels of agreement in the tasks can potentiate the symptomatology, when intervening for the emotional experience. The results of this study emphasize the importance of therapists promoting alliance before putting psychodynamic therapeutic interventions into practice.

**Key Words:** Affect Phobia Therapy, Therapeutic Alliance, Therapeutic Results, Therapist's Techniques, Client's Symptoms

## Índice

|   |    |
|---|----|
| A Terapia para as Fobias de Afetos.....   | 9  |
| Intervenção terapêutica da TFA e a sua interação com a Aliança Terapêutica.....   | 11 |
| Objetivo.....   | 16 |
| Metodologia.....  | 17 |
| Participantes.....  | 17 |
| Instrumentos.....   | 17 |
| <i>Inventário de Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido (IAT-RR)</i> .....      | 17 |
| <i>Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos – Versão do Terapeuta</i> ..... | 18 |
| <i>Outcome Questionnaire-10 (OQ-10)</i> .....                                     | 19 |
| Procedimentos.....  | 20 |
| Recolha de dados.....   | 20 |
| Análise de dados.....   | 21 |
| Resultados.....   | 23 |
| Discussão.....  | 35 |
| Limitações e Sugestões Futuras.....   | 39 |
| Conclusão.....  | 39 |
| Referências Bibliográficas.....   | 40 |



## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1.....  | 23 |
| <i>'Log da Verossimilhança Restrito -2' (-2LL), Critério de Informações de Akaike (AIC) e número de parâmetros, de cada modelo testados para a variável dependente (OQ-10)</i> |    |
| Tabela 2.....  | 23 |
| <i>Estimativas dos Efeitos Fixos do Modelo Nulo e do Modelo Linear (Não Condicional)</i>   |    |
| Tabela 3.....  | 24 |
| <i>Estimativas dos Parâmetros de Covariância do Modelo Nulo e do Modelo Linear (Não Condicional)</i>   |    |
| Tabela 4.....  | 24 |
| <i>Estimativas dos efeitos fixos da interação entre o Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos (Rec. PD) e a Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)</i>                    |    |
| Tabela 5.....  | 26 |
| <i>Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Renúncia dos Padrões Desadaptativos (Ren. PD) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)</i>                            |    |
| Tabela 6.....  | 27 |
| <i>Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Experiência dos Afetos (EA) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)</i>  |    |
| Tabela 7.....  | 29 |
| <i>Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Nova Aprendizagem Emocional (NAE) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)</i>  |    |
| Tabela 8.....  | 30 |
| <i>Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Exposição a Afetos Inibitórios (EAI) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)</i>                                     |    |
| Tabela 9.....  | 31 |
| <i>Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a promoção de Sentimentos Positivos Face ao Self (SPFS) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)</i>                    |    |
| Tabela 10.....   | 33 |
| <i>Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a promoção da Percepção dos Outros (PO) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)</i>                                    |    |

## **Índice de Abreviaturas**

ATOS – Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos (*Achievement of Treatment Objectives Scales*)

IAT-RR – Inventário de Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido

MLH – Modelos Linear Hierárquicos (*Hierarchical Linear Modeling – HLM*)

OQ-10 – *Outcome Questionnaire-10 (OQ-10)*

PPB – Psicoterapias Psicodinâmicas Breves

TFA – Terapia para as Fobias de Afetos

## **Relações que resultam:**

### **A aliança terapeuta-cliente como base para a intervenção psicodinâmica**

#### **A Terapia para as Fobias de Afetos**

A Terapia para as Fobias de Afetos (TFA) – *Affect Phobia Therapy* – é um modelo de psicoterapia breve proposto por McCullough et al. (2003). Para este modelo psicoterapêutico de orientação psicodinâmica, os sintomas psicopatológicos que conduzem um indivíduo à psicoterapia derivam de defesas desadaptativas que “protegem” o sujeito dos seus conflitos intrapsíquicos (McCullough & Magill, 2009). Na TFA é enfatizado o papel da experiência emocional e afetiva vivenciada pelo sujeito (McCullough, 1999; McCullough et al., 2003), sendo os afetos diferenciados em dois grandes tipos: afetos ativadores – que evocam abertura e proximidade, para além de estimularem o sujeito, como é o caso da raiva, tristeza, alegria, entusiasmo, sentimentos positivos por si mesmo; e os afetos inibitórios – que restringem o sujeito, inibem a sua ação e promovem o evitamento e/ou o afastamento de outros sentimentos, como é o caso da ansiedade, culpa, vergonha e angústia. Considerando esta diferenciação, McCullough et al. (2003) sugerem que as fobias afetivas ocorrem quando os afetos inibitórios bloqueiam os afetos ativadores, desenvolvendo um conflito intrapsíquico que o sujeito enfrenta através do uso de defesas desadaptativas (McCullough, 1997).

Para a explicação do conflito psicodinâmico de base inerente ao conceito de Fobias de Afetos, este modelo recorre aos *Triângulos de Malan* (Eppel, 2019; McCullough et al., 2003), criados para fornecerem um enquadramento teórico simples e universal para a atuação na psicoterapia psicodinâmica (Abimbola, 2020).

O *Triângulo do Conflito* (Malan, 1979) é constituído por três polos: os afetos ativadores, as ansiedades/afetos inibitórios e as defesas. Quando o triângulo se encontra em equilíbrio, existe uma interação flexível entre os afetos ativadores, os afetos inibitórios e as defesas do sujeito. Contudo, considera-se que existe um conflito intrapsíquico sempre que o indivíduo sente ansiedade (afetos inibitórios), relativamente a um afeto ativador adaptativo – como a raiva, tristeza, entusiasmo – e evita experimentá-lo ou expressá-lo, recorrendo a defesas (comportamentos, pensamentos e/ou sentimentos desadaptativos), que eliminam o desconforto causado pelo afeto evitado (Julien & O’Connor, 2017), mas que, a longo prazo, acabam por contribuir para o reforço da patologia e necessitam de intervenção psicoterapêutica.

Enquanto o *Triângulo do Conflito* se refere ao modo como as defesas e ansiedades

do indivíduo bloqueiam a expressão de sentimentos, o *Triângulo de Pessoas* explica como esses padrões desadaptativos, que começaram com pessoas significativas do passado, são mantidos com pessoas significativas atuais e são trabalhados com o terapeuta (Eiron, 2021; Malan, 1979). Para esse propósito, o *Triângulo de Pessoas* enquadra as experiências interpessoais do cliente, ao descrever as relações do indivíduo com pessoas importantes do seu passado (como a família de origem), o seu terapeuta (momentos de transferência e contratransferência) e pessoas importantes atuais (como amigos, cônjuges, filhos, figuras parentais, entre outros) (Abimbola, 2020; Eiron, 2021).

Os modelos de tratamento das Psicoterapias Psicodinâmicas Breves (PPB) têm como objetivo ajudar o cliente a superar conflitos afetivos internos e a experienciar sentimentos dolorosos, provocados por momentos traumáticos da infância e que tenham impactado as suas relações interpessoais (Abbass et al., 2014; Castillo et al., 2020; Leichsenring & Klein, 2014; Malan & Selva, 2006). Neste tipo de psicoterapia, o terapeuta foca-se nos padrões interpessoais problemáticos do sujeito (Yoshida et al., 2009) e na experiência e processamento de emoções do cliente, procurando, para tal, promover um contexto relacional securizante na relação terapêutica (Eppel, 2019).

Apesar de algumas das intervenções aplicadas nestes modelos poderem ser distintas (Almeida, 2010), a reestruturação de defesas, regulação da ansiedade e a facilitação da expressão dos afetos são intervenções largamente aplicadas em modelos PB (Kenny, 2016), como é o caso do modelo da Terapia para as Fobias de Afetos.

Em conformidade com outros tipos de modelos PPB, o objetivo central da TFA passa pela resolução de conflitos emocionais aprendidos nas relações significativas passadas, que são repetidos nas relações atuais e na relação terapêutica. Posto isto, na TFA, a reencenação dos conflitos aprendidos na relação terapêutica permite examinar e trabalhar as defesas que o cliente revela para com o terapeuta (McCullough & Andrews, 2001), o que promove a ativação dos afetos e o envolvimento total do cliente com as suas emoções, reestruturando a fobia afetiva (McCullough, 1999; McCullough et al., 2003).

Este processo de tratamento é realizado através da exposição gradual dos clientes a afetos ativadores, o que previne o uso de defesas desadaptativas e promove a reestruturação das defesas e dos afetos, até que os sentimentos inibitórios diminuam (McCullough, 1999; McCullough et al., 2003) – intervenção similar ao tratamento de fobias externas em modelos cognitivo-comportamentais (Julien & O'Connor, 2017).

De acordo com McCullough et al. (2003) existem duas fases principais da TFA: a Reestruturação das Defesas e a Reestruturação dos Afetos. A primeira fase –

Reestruturação das Defesas – foca-se em auxiliar o cliente no processo de identificação de defesas desadaptativas e na compreensão da origem das fobias de afetos, promovendo o *insight* do sujeito e motivando o mesmo a mudar e a renunciar aos seus comportamentos defensivos indesejáveis. A segunda fase – Reestruturação dos Afetos – é fundamental para a mudança terapêutica, consistindo na exposição aos afetos ativadores evitados e na regulação contínua dos afetos inibitórios, com o intuito de promover a experiência e a consciência do cliente, face às suas emoções, e treinar habilidades de comunicação e expressão dos seus sentimentos.

Adicionalmente, é definida uma terceira fase complementar ao tratamento, a Reestruturação do *Self* e dos Outros. Esta é destinada à promoção do desenvolvimento de percepções mais adaptativas do cliente face a si mesmo, e à melhoria da percepção da “imagem” que o cliente tem dos outros que o rodeiam (McCullough et al., 2003).

A investigação acerca da psicoterapia e da eficácia de diferentes orientações terapêuticas tem crescido significativamente nas últimas décadas (Altman et al., 2020; Wampold & Imel, 2015). Tal como outras psicoterapias, as PPB têm comprovado a sua eficácia em diversas meta-análises, com amostras de várias perturbações mentais (Abbass et al., 2011; Abbass et al., 2014; Anderson & Lambert, 1995), como no tratamento da depressão (Abbass et al., 2011; Driessen et al., 2010). A investigação acerca do modelo da TFA tem demonstrado resultados semelhantes às Terapias Cognitivas no tratamento de perturbações de personalidade (Ryum et al., 2010) e resultados positivos em tratamentos de perturbações depressivas e de ansiedade (Johansson et al., 2013).

### **Intervenção terapêutica da TFA e a sua interação com a Aliança Terapêutica**

Nos modelos de psicoterapia psicodinâmica, a aplicação de determinadas técnicas específicas de intervenção terapêutica tem demonstrado contribuir para resultados positivos. Por exemplo, nas PPB, as técnicas de exploração estão associadas ao sucesso dos tratamentos, particularmente quando aplicadas em contextos de alta aliança terapêutica (Gaston et al., 1998). Alguns autores observaram que as explorações afetivas e interpessoais contribuem positivamente para a melhoria dos sintomas (Slavin-Mulford et al., 2011), pelo enfoque dado ao trabalho exploratório através da relação entre os elementos da díade terapêutica (Hill et al., 2014).

As técnicas expressivas (McCarthy et al., 2019) e as técnicas interpretativas também têm demonstrado resultados positivos, especialmente quando são associadas a

mecanismos mais centrais à terapia, como o *insight* e a relação terapêutica (Barber et al., 2013; Høglend, 2014; Perry & Bond, 2017).

Já no que diz respeito ao efeito das técnicas de confronto no processo terapêutico, os resultados existentes são mistos. Algumas investigações apontam para um impacto negativo dos momentos de confronto (McCarthy et al., 2019; Petraglia et al., 2015; Schut et al., 2005), enquanto outros autores mostram que estas podem promover melhorias nos sintomas (Barber et al., 2013; Town et al., 2012), quando ajudam o cliente a mudar os padrões de defesa problemáticos.

De forma sumária, os estudos parecem revelar que, não obstante a especificidade das técnicas aplicadas, as intervenções psicodinâmicas têm resultados mais favoráveis, quando apoiadas por uma boa relação terapêutica (e.g., Halfon, 2021).

No modelo de tratamento da TFA, o trabalho terapêutico é feito de forma integrativa, que incorpora não só os princípios psicodinâmicos (e.g., transferência e contratransferência), mas também intervenções provenientes da terapia cognitiva (e.g., psicoeducação), da terapia focada na emoção (foco na experiência afetiva) e da terapia comportamental (exposição gradual) (Osborn et al., 2015). O caráter integrativo da TFA está também presente no instrumento desenvolvido para analisar especificamente a intervenção terapêutica, nas quais o terapeuta incide o seu foco, a ATOS (*Achievement of Therapeutic Objectives Scale*).

A ATOS é uma escala composta por dimensões que correspondem às etapas do tratamento pela TFA mas que, simultaneamente, apresentam uma correspondência a fatores comuns dos diferentes modelos psicoterapêuticos: *Insight* (Reconhecimento dos Padrões de Defesa Desadaptativos), Motivação (Renúncia aos Padrões Desadaptativos), Exposição (Experiência dos Afetos), Nova Aprendizagem Emocional (Expressão dos Afetos), Inibição (Afetos Inibitórios), Autopercepção (Sentimentos Positivos Face ao *Self*), Aliança e Relações (Percepção dos Outros) (McCullough et al., 2003).

O *Insight* (Reconhecimento dos Padrões de Defesa Desadaptativos) corresponde ao nível de consciência que o sujeito apresenta face aos seus padrões desadaptativos, demonstrando clareza e integridade nas descrições verbais e nos exemplos explícitos dos seus padrões de pensamentos, sentimentos e/ou comportamentos não adaptativos. As intervenções do terapeuta, centradas na facilitação do *insight*, possibilitam o reconhecimento e a compreensão da origem e dos fatores de manutenção dos padrões defensivos/desadaptativos (McCullough et al., 1997). O *insight* é consensualmente entendido como sendo um fator comum benéfico para a terapia (McAleavey &

Castonguay, 2014) e vários autores sublinham a sua importância no processo de cura do cliente, inerente ao processamento emocional (e.g., Greenberg & Malcolm, 2002).

A Motivação (Renúncia aos Padrões Desadaptativos) é definida na ATOS como o nível de motivação do cliente para abdicar de padrões de pensamentos, sentimentos e/ou comportamentos desadaptativos, interpretando as consequências das defesas desadaptativas como indesejáveis (McCullough et al., 2003). O foco sob a motivação dos clientes é um fator crucial no tratamento psicológico (Malan, 1979), tanto que vários autores consideram a mudança motivacional como um conceito central na intervenção (Holtforth & Michalak, 2012; Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Westermann et al., 2019), uma vez que sujeitos que possuem “objetivos” de evitamento, em comparação com sujeitos que demonstram “objetivos” de aproximação/confronto, têm uma percepção de progresso mais baixa, o que é particularmente prejudicial para o seu bem-estar e funcionamento (Holtforth & Michalak, 2012; Roskes et al., 2014; Westermann et al., 2019). Além disso, a falta de motivação é frequentemente apontada como a causa do abandono, recaídas e outros resultados negativos terapêuticos (Ryan et al., 1995).

Relativamente à Exposição (Experiência dos Afetos) e à Inibição (Afetos Inibitórios), ambas as dimensões se relacionam com os afetos que são trabalhados (exposição a afetos ativadores) ou enfrentados (afetos inibitórios) em contexto terapêutico (McCullough et al., 2003). Convém salientar que a exposição aos afetos ativadores evitados é proposta como um dos principais mecanismos de mudança na psicoterapia (Greenberg & Pascual-Leone, 2006), particularmente na Terapia para as Fobias de Afetos (McCullough et al., 2003). Os dados da literatura existentes corroboram a relevância da Experiência dos Afetos nas sessões, que surge positivamente relacionada com resultados de tratamento positivos em diferentes orientações teóricas (e.g., Pilecki et al., 2015).

No que diz respeito à Nova Aprendizagem Emocional (Expressão dos Afetos), esta acontece quando se auxilia o cliente a desenvolver capacidades de expressar sentimentos, pensamentos, desejos e/ou necessidades afetivas de forma adaptativa (McCullough et al., 2003). Estes momentos iniciam a reconstrução de novos significados afetivos que possibilitam a aprendizagem emocional adaptativa e o sucesso do tratamento (Greenberg & Safran, 1989; Pascual-Leone, 2018).

Por sua vez, o trabalho terapêutico sobre a Autopercepção (Sentimentos Positivos Face ao *Self*) é um fator central à psicoterapia (McCullough et al., 2003; Robak, 2001), visto como um preditor importante dos resultados terapêuticos e, simultaneamente, como um resultado próprio do processo terapêutico (Ryum et al., 2015). A intervenção neste

domínio incide sobre os sentimentos que o indivíduo tem em relação a si mesmo (Robak, 2001), sintetizando e organizando as suposições que os clientes têm acerca das suas próprias qualidades pessoais (Showers et al., 2015). Vários autores defendem que a mudança do cliente acontece quando este desenvolve uma percepção positiva de si mesmo (Ehrenreich et al., 2007; Kelly, 2000; Robak, 2001) e de pessoas significativas, fora do processo terapêutico (Aliança e Relações) (Ehrenreich et al., 2007; Robak, 2001).

Pese embora a importância da intervenção terapêutica preconizada pela TFA, tal como já fora referido, a literatura científica na área da psicoterapia mostra-nos que a melhoria dos clientes não é explicada apenas pelo trabalho terapêutico específico dos diversos modelos (Chow et al., 2015; Miller et al., 2005), mas também devido a fatores comuns, isto é, fatores transversais a todos os modelos terapêuticos.

A aliança terapêutica é o fator terapêutico mais investigado nos estudos sobre o processo de mudança na psicoterapia (Safran & Muran, 2006; Wampold, 2015). A sua concetualização começou a ser discutida em 1912, a partir de uma obra de Freud denominada “*The Dynamics of Transference*”, em que o autor menciona a ideia de transferência positiva no contexto psicoterapêutico (Horvath & Luborsky, 1993; Ribeiro, 2019). Contudo, só a partir dos anos 70 é que a investigação científica começou a explorar mais detalhadamente o processo terapêutico, com o objetivo de analisar os microprocessos envolvidos na terapia (Ardito & Rabellino, 2011).

Atualmente, a definição mais consensual no campo de investigação acerca da aliança terapêutica é a de Bordin (Flückiger et al., 2019). Bordin (1979) procurou integrar diferentes perspetivas na sua conceção transteórica e multidimensional da aliança terapêutica (Flückiger et al., 2019; Ribeiro, 2019) e definiu-a como o acordo existente entre terapeuta e cliente, relativamente aos objetivos do processo terapêutico, às tarefas terapêuticas sugeridas para alcançar os objetivos terapêuticos estabelecidos e à qualidade do vínculo de confiança e interesse mútuo, estabelecido pela díade. De acordo com o autor, níveis elevados da aliança significam que existe concordância na díade terapêutica relativamente aos objetivos e tarefas definidos para o processo terapêutico, para além de traduzir a existência de um vínculo relacional de confiança mútua (Bordin, 1979).

A aliança terapêutica é uma das variáveis de processo mais fiáveis para predizer resultados favoráveis dos tratamentos em psicoterapia (Baldwin et al., 2007; Wampold & Imel, 2015). Várias meta-análises têm demonstrado o seu efeito positivo, moderado e significativo nos resultados terapêuticos em diversos estudos com diferentes abordagens psicoterapêuticas (Botella & Corbella, 2011; Flückiger et al., 2019; Horvath & Bedi,



2002; Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000), realçando especialmente os aspectos colaborativos da relação terapêutica.

Apesar da literatura reconhecer a aliança terapêutica como um dos preditores mais consistentes dos resultados terapêuticos (Flückiger et al., 2019), pouco se sabe sobre o impacto da interação entre a intervenção psicodinâmica e a aliança terapêutica nos resultados do cliente. Um exemplo de uma investigação realizada neste âmbito é de Owen e Hilsenroth (2011), na qual os autores demonstraram que várias técnicas psicodinâmicas interagiram com a aliança terapêutica, tais como: o foco da atenção nas semelhanças entre os relacionamentos do cliente repetidas ao longo do tempo, em diferentes ambientes e com diferentes pessoas, e a identificação de padrões recorrentes nas ações, sentimentos e experiências do cliente. Em específico, os autores sublinharam a forma como as técnicas dinâmicas se mostraram eficazes, quando aplicadas em conjunto com alianças fortes.

Estas evidências vão ao encontro de outros estudos mais recentes que sugerem que as técnicas psicodinâmicas podem promover a “cura” do cliente, quando existe a presença de um forte vínculo terapêutico que dê uma sensação de segurança e amparo aos clientes. Os autores dos diferentes estudos sugerem mesmo que as técnicas psicodinâmicas, que se baseiam na exploração e consciencialização de aspetos desconfortáveis e defesas inconscientes, podem provocar sofrimento emocional e impactar negativamente os resultados terapêuticos, na ausência de uma aliança forte (Goldman et al., 2016; Halfon, 2021; McCarthy et al., 2019; Owen et al., 2013).

Além disso, outros estudos mostram que os terapeutas tendem a usar mais técnicas psicodinâmicas, após sessões com uma alta aliança terapêutica e menos técnicas psicodinâmicas, após sessões de baixa aliança terapêutica (Patton et al., 1997). Pelo que a avaliação da aliança pode determinar o uso destas técnicas na psicoterapia psicodinâmicas (Halfon, 2021) e potenciar a melhoria dos sintomas dos clientes (McCarthy et al., 2016).

Por outro lado, a aliança terapêutica também pode ser fortalecida pela aplicação bem-sucedida e adequada de técnicas psicodinâmicas, em conjunto com a capacidade de resposta do terapeuta às necessidades relacionais dos clientes (Despland et al., 2009; Li, Kivlighan & Hill, 2020), permitindo a exposição a emoções temidas (Leichsenring & Klein, 2014; Leichsenring et al., 2022). Nesta linha, estudos empíricos, como o de Iwakabe et al. (2000), reforçam que a resposta imediata e precisa dos terapeutas, face às expressões emocionais dos clientes, é crucial para a terapia, dado que, emoções não trabalhadas de forma completa e precisa, podem tornar o cliente indiferente e/ou resistente

ao processo terapêutico. Deste modo, a identificação de emoções desadaptativas na relação terapêutica permite trabalhá-las e auxiliar o cliente a regulá-las adaptativamente (Greenberg, 2016). Isto vai ao encontro do racional de intervenção da TFA, que defende que a mudança terapêutica é alcançada através da aquisição de uma experiência emocional mais adaptativa (McCullough, 1999), que se obtém a partir da reencenação dos conflitos do cliente no seu relacionamento com o terapeuta, num ambiente seguro e de aceitação (McCullough & Andrews, 2001).

A premissa teórica enunciada acima foi também recentemente comprovada por Halfon (2021), que concluiu que a intervenção psicodinâmica, no tratamento de crianças com problemas de comportamento, deve ser realizada em contextos de uma aliança terapêutica forte, uma vez que, em casos de baixa aliança terapêutica, o trabalho terapêutico pode produzir efeitos adversos, desencadeando mais comportamentos problemáticos (Halfon, 2021).

Pelos argumentos da literatura supracitados, entende-se que a aliança terapêutica é vista como pré-condição necessária para a eficácia das intervenções terapêuticas nos resultados dos clientes (Abbass et al., 2011). Os objetivos de tratamento nos quais o terapeuta se foca, independentemente da sua orientação teórica, contribuem positivamente para a adoção de comportamentos promotores da saúde, como a diminuição do recurso a esquemas disfuncionais, a melhoria das relações interpessoais e a aceitação de si mesmo e dos outros (Wampold, 2015). No entanto, existem poucas evidências sobre o impacto da interação entre a aliança e as intervenções preconizadas pelos modelos de orientação psicodinâmica, como a TFA, na sintomatologia dos clientes.

### **Objetivo**

O presente estudo teve como objetivo explorar, através da interação entre a aliança e a intervenção do terapeuta, se os resultados terapêuticos das intervenções delineadas pelo modelo de tratamento da TFA, dependem dos níveis de aliança terapêutica.

Considerando as evidências existentes na literatura, é esperado que a aliança terapêutica e as suas dimensões, bem como as intervenções psicodinâmicas contribuam para a diminuição da sintomatologia. Contudo, espera-se que o contributo das intervenções psicodinâmicas para os resultados terapêuticos seja maior quando os níveis de aliança terapêutica são mais elevados.

## Metodologia

### Participantes

Participaram neste estudo 31 clientes acompanhados no Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve, com idades compreendidas entre os 20 e os 72 anos, com uma média de 26,97 anos ( $DP = 11,482$ ). Os clientes eram maioritariamente do género feminino ( $n = 20$ ; 64,5%).

O número de sessões realizadas foi em média 11,71 ( $DP \cong 8,9$ ), com um mínimo de 2 sessões e um máximo de 38 sessões. Todas as sessões foram conduzidas de acordo com o modelo psicodinâmico em estudo.

A amostra foi também constituída por três terapeutas, duas do género feminino e um do género masculino, que seguem o modelo da TFA na sua prática. Entre os terapeutas, um deles é psicólogo clínico sénior com treino em psicoterapia psicodinâmica, outra das profissionais é uma estudante de doutoramento e psicóloga clínica com três anos de experiência e o terceiro elemento deste grupo é uma psicóloga clínica com um ano de experiência clínica. Dos três profissionais, um dos terapeutas realizou 12,9% das sessões ( $n = 4$ ), outro 41,9% das sessões ( $n = 13$ ) e outro realizou 45,2% das sessões ( $n = 14$ ).

### Instrumentos

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

O IAT-RR (Machado & Ramos, 2008) é a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do *Working Alliance Inventory – Short Revised* (WAI-SR) (Hatcher & Gillaspay, 2006). A versão original deste instrumento – *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) – foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a qualidade da aliança terapêutica, através do modelo teórico de Bordin (1979). A versão reduzida encurtou o questionário original, composto por 36 itens, avaliados numa escala de *Likert* de sete pontos, para um inventário constituído por apenas 12 itens, avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos, onde “1” significa “Raramente” e “5” significa “Sempre”. Os itens encontram-se divididos em três fatores: tarefas (itens 1, 2, 10, 12) – referentes às tarefas terapêuticas necessárias ao cumprimento de objetivos estabelecidos; objetivos (itens 4, 6, 8, 11) – referentes às metas negociadas e estabelecidas pelo cliente e terapeuta; vínculo (itens 3, 5, 7, 9) – referente à componente afetiva da díade terapêutica, que inclui o respeito mútuo, a confiança, e a compreensão (Machado & Ramos, 2008).

A versão portuguesa (IAT-RR) utilizada no presente estudo, demonstrou, através do *Alpha* de *Cronbach*, valores aceitáveis de consistência interna, para a escala total ( $\alpha=,85$ ), para o fator das tarefas ( $\alpha=,72$ ), para o fator dos objetivos ( $\alpha=,80$ ) e para o fator do vínculo ( $\alpha=,64$ ) (Machado & Ramos, 2008).

No estudo presente, este instrumento foi aplicado de forma a medir a percepção da aliança terapêutica por parte do cliente, com o objetivo de permitir a análise dos efeitos da mesma em conjunto com as intervenções do modelo da TFA, aplicadas pelo terapeuta, e o seu impacto nos resultados terapêuticos.

### ***Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos – Versão do Terapeuta***

A Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos é a versão adaptada e traduzida para a população portuguesa, desenvolvida por Ferreira & Janeiro (2020), da *Achievement of Treatment Objectives Scales* (ATOS). Esta escala foi elaborada por McCullough, (2008), tendo como objetivo a avaliação das intervenções terapêuticas aplicadas pelo terapeuta e como as mesmas contribuem para a melhoria da sintomatologia do cliente.

A escala ATOS engloba duas versões: versão do cliente e versão do terapeuta. A versão do cliente avalia o alcance de objetivos terapêuticos, por parte do cliente, e o impacto da intervenção terapêutica, a partir da identificação de mudanças adaptativas no seu comportamento, que ocorrem como resultado do tratamento. A versão do terapeuta permite avaliar a capacidade de o psicólogo aplicar eficazmente as intervenções específicas do modelo, de forma a perceber qual o seu papel na intervenção terapêutica.

Este instrumento divide-se em sete subescalas, que correspondem a sete objetivos terapêuticos específicos: Reconhecimento dos Padrões de Defesa Desadaptativos (*Insight*), Renúncia aos Padrões Desadaptativos (Motivação), Experiência dos Afetos (Exposição), Nova Aprendizagem Emocional (Expressão dos Afetos), Afetos Inibitórios Sentimentos Positivos Face ao Self (Auto-Percepção) e Percepção dos Outros.

A primeira subescala, Reconhecimento dos Padrões de Defesa Desadaptativos (*Insight*) mede o nível de compreensão e reconhecimento, face a comportamentos de defesa e padrões cognitivos desadaptativos. Na versão do cliente, o foco da avaliação baseia-se no autorreconhecimento dessas dimensões. Na versão do terapeuta, é analisada a consciência do terapeuta, face aos padrões desadaptativos do cliente, e a sua capacidade de transmissão ao sujeito. A segunda subescala, Renúncia aos Padrões Desadaptativos (Motivação), na versão do cliente, analisa se o sujeito se encontra motivado para a mudança ou para o abandono de comportamentos defensivos. Na versão do terapeuta,

esta subescala avalia o nível de trabalho do profissional com o intuito de aumentar a motivação do cliente para eliminar comportamentos defensivos. A terceira subescala, Experiência dos Afetos (Exposição), na versão do cliente, mede a experiência adaptativa dos afetos e o grau de ativação emocional do cliente durante a sessão terapêutica. Já na versão do terapeuta, é explorado se a intervenção terapêutica é aplicada com o objetivo de expor o cliente à experiência adaptativa dos afetos. A quarta subescala, Nova Aprendizagem Emocional (Expressão dos Afetos), na versão do cliente, avalia a aprendizagem da expressão de sentimentos, desejos ou necessidades para com os outros, fora e dentro da terapia. Na versão do terapeuta, é avaliado se o profissional questiona ou assinala os progressos afetivos do cliente e se o auxilia na percepção dessas mudanças.

A quinta subescala, Afetos Inibitórios, na versão do cliente, permite medir o nível de interferência da presença de emoções inibitórias (ansiedade, culpa, vergonha, dor emocional e/ou angústia) na sessão. Na versão para terapeutas, esta subescala avalia a capacidade de regulação dos afetos inibitórios do cliente, por parte do profissional. A sexta subescala, Sentimentos Positivos Face ao Self (Auto-Percepção) tem como objetivo avaliar quão positiva e adaptativa é a visão do sujeito acerca de si mesmo. Na versão do terapeuta, é explorado se o profissional foca o seu trabalho terapêutico no sentido de auxiliar o cliente a melhorar a sua autoimagem.

A sétima e última subescala, Percepção dos Outros, na versão cliente, permite avaliar a capacidade de o sujeito reconhecer e responder a outros de forma positiva e adaptativa, sem desvalorização ou idealização. Na versão do terapeuta, esta analisa se o profissional auxilia o cliente na melhoria da percepção dos outros.

No estudo presente, foi aplicada uma adaptação deste instrumento em formato de questionário de autorrelato, na qual os terapeutas cotaram cada uma das subescalas consoante as intervenções que perceberam ter utilizado na sessão, numa escala *Likert* de 5 pontos, entre “1 - Nada Caraterístico da Sessão” a “5 - Muito Caraterístico da Sessão”.

### ***Outcome Questionnaire-10 (OQ-10)***

O OQ-10 é a versão reduzida do *Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)*, desenvolvido por Lambert et al. (1996). O instrumento é um questionário de autorrelato que avalia e deteta alterações da sintomatologia do cliente, que ocorram num curto espaço de tempo, no decorrer da terapia, podendo ser aplicado em diversos momentos deste processo.

Esta versão é composta por duas dimensões – “Bem-estar Psicológico” e “Desconforto Subjetivo” – que são avaliadas através de 5 itens, cada uma. Ao todo, este

questionário é constituído por 10 itens e as suas pontuações são realizadas através de uma escala de *Likert* de 0 a 4 (0 – Nunca a 4 – Quase Sempre). As pontuações dos itens, da dimensão “Bem-estar Psicológico”, são revertidos, o que significa que pontuações mais baixas indicam mais “bem-estar psicológico”. Relativamente ao Desconforto Subjetivo, quanto menores as pontuações, menor é o *distress* emocional. A escala global do OQ-10 apresenta uma pontuação mínima de 0 pontos e uma pontuação máxima de 40 pontos, em que as pontuações menores traduzem um melhor resultado terapêutico.

A nível da análise psicométrica da versão original do OQ-10, Lambert et al. (1996) revela que o instrumento apresenta uma consistência interna excelente, com um *Alpha* de *Cronbach* entre  $\alpha=,82$  e  $\alpha=,92$ . A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Machado & Fassnacht (2015). Relativamente à versão portuguesa de Machado & Fassnacht (2015), os autores recomendam a sua utilização em estudos realizados com medidas repetidas.

No estudo presente, este instrumento foi aplicado de forma a medir a sintomatologia do cliente e analisar os efeitos causados pela aliança terapêutica, percebida pelo cliente, e as intervenções do terapeuta, face ao modelo da TFA.

## **Procedimentos**

### **Recolha de dados**

A recolha de dados deste estudo foi feita com base na prática da rotina clínica que é realizada no serviço de psicologia universitário, do qual a amostra foi retirada.

Em termos de procedimento, todos os clientes foram convidados a participar na primeira sessão do seu processo de tratamento, onde foi informado de que a sua participação era confidencial e voluntária, com a possibilidade de desistirem do *design* de investigação a qualquer momento, sem que tal comprometesse o seu processo terapêutico. Os clientes que aceitaram participar no estudo preencheram consentimentos informados.

Relativamente aos instrumentos utilizados, tanto o IAT-RR como o OQ-10 foram aplicados aos clientes, no final de cada sessão terapêutica. Após cada sessão, também os terapeutas preencheram a escala ATOS.

A recolha foi realizada em conformidade com o código de ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses e seguindo as normas da Associação Americana de Psicologia.

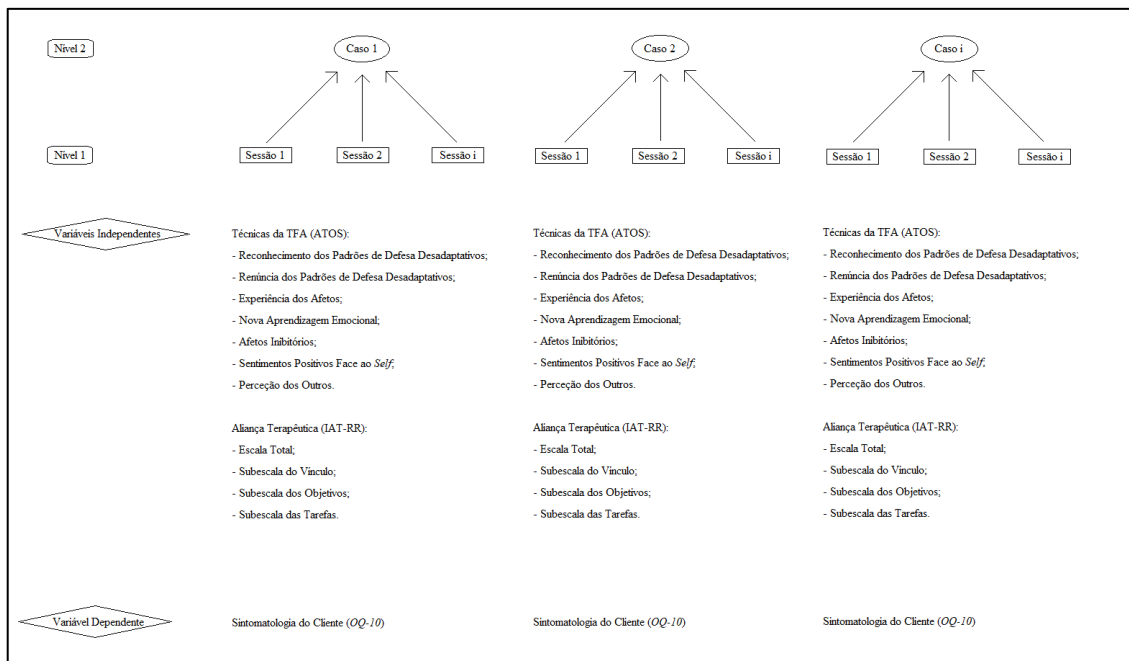
## Análise de dados

Foram recolhidos dados de 474 sessões dos 31 casos selecionados, o que representa em média 11,71 ( $DP \cong 8,9$ ) sessões por sujeito, com um mínimo de 2 sessões e um máximo de 38 sessões. Como pode ser observado na Figura 1, as medidas repetidas (nível 1) das variáveis deste estudo encontravam-se associadas aos clientes (nível 2), assumindo os dados uma organização hierárquica.

O procedimento estatístico mais indicado para analisar dados organizados sob uma estrutura hierárquica é o método dos Modelos Linear Hierárquicos (MLH), proposto por Bryk e Raudenbush (1987).

**Figura 1**

*Esquema da diferenciação dos níveis hierárquicos, aplicada às variáveis em estudo.*



De acordo com as recomendações de Tasca & Gallop (2009), para analisar os dados que possuem uma estrutura hierárquica, devemos realizar uma sequência de etapas até chegarmos ao modelo final. Primeiro, os autores sugerem que se teste um Modelo Nulo com o objetivo de avaliar se as médias dos sujeitos (nível 2) são, ou não, iguais tendo em conta a variabilidade intra-individual (nível 1). Com base nesse modelo, é calculado se o valor do Coeficiente de Correlação Intraclassas [ $ICC = \text{Variância do Intercept} / (\text{Variância do Intercept} + \text{Variância Intra-sujeitos})$ ] (Heck, Thomas & Tabata, 2013)], sendo que a obtenção de valores superiores a 5% ( $ICC > 5\%$ ) significa que a

heterogeneidade entre os sujeitos (nível 2) se deve à organização hierarquizada dos dados (nível 1 + nível 2). O cálculo do modelo nulo realiza-se com os dados da variável dependente, tendo sido no nosso estudo a sintomatologia (OQ-10).

Na segunda etapa, foi construído um modelo linear não condicional, que consiste na modelação da evolução da variável dependente (sintomatologia), através da introdução de uma componente linear. No nosso estudo, esta componente é representada pela sequência das sessões centradas na primeira sessão<sup>1</sup>. Neste segundo modelo, os parâmetros fixos estimados que descrevem a evolução da sintomatologia são a constante (o valor da sintomatologia na primeira sessão) e o declive (a evolução da sintomatologia entre duas sessões consecutivas).

Na terceira etapa de análise, com recurso ao MLH, realizámos os modelos lineares condicionais. Nesta etapa são introduzidas, às variáveis independentes, a aliança terapêutica e as intervenções TFA, com o objetivo de explicar o seu contributo para a evolução da sintomatologia. A interpretação dos parâmetros fixos dos modelos lineares condicionais permite responder ao objetivo do presente estudo, isto é, avaliar o contributo da aliança, das intervenções da TFA e a sua interação para os resultados terapêuticos.

Além da estimação dos parâmetros fixos, a aplicação destes modelos permite estimar, em cada etapa, os parâmetros aleatórios. Estes parâmetros referem-se à proporção da variância em torno da constante e do declive. Sendo que valores significativos de variância indicam que as variáveis independentes, incluídas no modelo, não explicam totalmente a variância das componentes (constante e declive) que modelam a evolução da sintomatologia.

Nos modelos lineares foi aplicada uma matriz autorregressiva de primeira ordem [AR(1)], dado ser esta a mais adequada para estudos com dados longitudinais (Heck et al., 2013). Através da aplicação da matriz, assume-se que os valores de uma variável num certo momento são influenciados pelos valores da mesma variável no momento prévio.

Para avaliar o ajustamento e a parcimónia dos diversos modelos, utilizámos, respetivamente, o ‘Log da Verossimilhança Restrito -2’ (-2LL) e o ‘Critério de Informações de Akaike’ (AIC), sendo que a valores mais baixos correspondem um melhor ajustamento e parcimónia (Heck et al., 2013).

---

<sup>1</sup>Antes de se aplicarem os modelos, a componente linear do estudo deve ser centrada de modo a facilitar a interpretação dos parâmetros fixos estimado. Isto é realizado através da atribuição do valor 0 à primeira sessão, o valor 1 à segunda sessão, o valor 2 à terceira sessão, e assim sucessivamente (Heck et al., 2013).



## Resultados

Com base na realização do modelo nulo e do cálculo do ICC, concluiu-se que 72% [ $ICC = 44,76/(44,76+17,78) \cong 0,72$ ] da variância da sintomatologia se deve às diferenças entre os sujeitos, considerando a estrutura hierárquica dos dados. Assim, consideramos a organização hierárquica dos dados nas restantes etapas de análise, nomeadamente para a construção de um Modelo Linear Condicional.

O passo seguinte foi a construção e análise do Modelo Linear, tendo para esse efeito introduzido uma componente linear para modelar a evolução da sintomatologia.

### Tabela 1

*'Log da Verossimilhança Restrito -2' (-2LL), Critério de Informações de Akaike (AIC) e número de parâmetros, de cada modelo testados para a variável dependente (OQ-10)*

| Modelos                | -2LL         | AIC          | Parâmetros |
|------------------------|--------------|--------------|------------|
| Nulo                   | 1652,7820761 | 1658,7820761 | 4          |
| Linear Não Condicional | 1637,8234735 | 1645,8234735 | 6          |

Comparando os valores dos critérios de ajustamento e parcimónia (Tabela 1), concluímos que o modelo Linear Não Condicional (-2LL = 1637,823; AIC = 1645,823) é mais ajustado que o Modelo Nulo (-2LL = 1652,782; AIC = 1658,782).

### Tabela 2

*Estimativas dos Efeitos Fixos do Modelo Nulo e do Modelo Linear (Não Condicional)*

| Modelos |                             | Est.  | EP    | df     | t      | p     | IC 95%   |          |
|---------|-----------------------------|-------|-------|--------|--------|-------|----------|----------|
|         |                             |       |       |        |        |       | Inferior | Superior |
| Nulo    | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 17,06 | 1,306 | 29,864 | 13,064 | <,001 | 14,395   | 19,730   |
| Linear  | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,55 | 1,277 | 32,616 | 14,525 | <,001 | 15,952   | 21,151   |
|         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,25  | ,058  | 6,502  | -4,221 | ,005  | -,387    | -,106    |

*Nota:* Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança

Através da análise dos valores dos efeitos fixos do modelo linear (Tabela 2), estima-se que os clientes iniciem a terapia com valor de sintomatologia de 18,55 ( $t = 14,56$ ;  $p < ,001$ ) e tenham um decréscimo significativo de -,25 ( $t = -4,22$ ;  $p = ,005$ ) da sintomatologia (OQ-10) entre duas sessões contíguas.

**Tabela 3**

*Estimativas dos Parâmetros de Covariância do Modelo Nulo e do Modelo Linear (Não Condicional)*

| Modelos |                        | Est.   | EP     | Wald Z | p     | IC 95%   |          |
|---------|------------------------|--------|--------|--------|-------|----------|----------|
|         |                        |        |        |        |       | Inferior | Superior |
| Nulo    | Constante ( $\tau_0$ ) | 44,765 | 13,792 | 3,246  | ,001  | 24,473   | 81,882   |
| Linear  | Constante ( $\tau_0$ ) | 42,306 | 12,487 | 3,388  | <,001 | 23,722   | 75,448   |
|         | Declive ( $\tau_1$ )   | ,011   | ,024   | ,477   | ,634  | ,000     | ,695     |

Nota: Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança

A análise dos efeitos aleatórios dos parâmetros relativos à covariância (Tabela 3), permitiu observar que existe variância significativa por explicar na constante ( $\gamma_{00} = 42,306$ ; *Wald's Z* = 3,388;  $p < ,001$ ), mas não no declive ( $\gamma_{10} = ,011$ ; *Wald's Z* = ,477;  $p = ,634$ ). Isto demonstra que o Modelo Linear é suficiente para explicar a variância do declive, mas não para explicar a constante.

Na terceira etapa de análise, foram aplicados vários Modelos Lineares Condicionais para explorar o efeito da aliança terapêutica, assim como das suas dimensões, a intervenção do terapeuta face a cada objetivo da terapia (avaliado pela ATOS) e a interação entre a aliança e as suas dimensões com a intervenção do terapeuta.

**Tabela 4**

*Estimativas dos efeitos fixos da interação entre o Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos (Rec. PD) e a Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)*

| IAT-RR + ATOS - Rec. PD |                             | Est.   | EP    | df      | t      | p     | IC 95% |        |
|-------------------------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|                         |                             |        |       |         |        |       | Inf.   | Sup.   |
| AT                      | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,558 | 1,299 | 32,997  | 14,285 | <,001 | 15,915 | 21,202 |
|                         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,238  | ,066  | 6,332   | -3,600 | ,010  | -,397  | -,078  |
|                         | AT                          | -,281  | ,536  | 202,007 | -,524  | ,601  | -1,338 | ,776   |
|                         | Rec. PD                     | ,111   | ,193  | 256,158 | ,578   | ,564  | -,268  | ,491   |
|                         | Interação                   | -,800  | ,296  | 250,686 | -2,703 | ,007  | -1,382 | -,217  |
| Vínculo                 | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,542 | 1,286 | 33,420  | 14,424 | <,001 | 15,928 | 21,157 |
|                         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,231  | ,074  | 7,289   | -3,107 | ,016  | -,406  | -,057  |
|                         | Vínculo                     | ,134   | ,288  | 208,805 | ,463   | ,644  | -,435  | ,702   |
|                         | Rec. PD                     | ,140   | ,195  | 256,440 | ,718   | ,474  | -,245  | ,525   |
|                         | Interação                   | -,451  | ,158  | 238,412 | -2,863 | ,005  | -,762  | -,141  |
| Objetivos               | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,428 | 1,314 | 32,784  | 14,028 | <,001 | 15,755 | 21,101 |

|         |                             |        |       |         |        |       |        |        |
|---------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -.226  | ,063  | 5,386   | -3,611 | ,014  | -,383  | -,068  |
|         | Objetivos                   | -,299  | ,534  | 229,777 | -,560  | ,576  | -1,351 | ,753   |
|         | Rec. PD                     | ,010   | ,194  | 253,746 | ,052   | ,959  | -,371  | ,391   |
|         | Interação                   | -,317  | ,317  | 250,840 | -1,000 | ,318  | -,941  | ,307   |
| Tarefas | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,430 | 1,312 | 32,823  | 14,044 | <,001 | 15,759 | 21,100 |
|         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,219  | ,062  | 5,676   | -3,517 | ,014  | -,373  | -,064  |
|         | Tarefas                     | -1,074 | ,507  | 247,283 | -2,120 | ,035  | -2,072 | -,076  |
|         | Rec. PD                     | ,106   | ,191  | 255,130 | ,555   | ,580  | -,271  | ,483   |
|         | Interação                   | -,615  | ,331  | 244,579 | -1,857 | ,064  | -1,267 | ,037   |

Nota: IAT-RR = Inventário da Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido; ATOS - Rec. PD = Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos; Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; Inf. – Limite Inferior; Sup. – Limite Superior.

Na Tabela 4 podem ser observados os dados relativos à interação da Aliança Terapêutica e das suas dimensões, avaliadas pelo cliente, com as intervenções do terapeuta de Reconhecimento dos Padrões de Defesa Desadaptativos.

No que se refere à evolução da sintomatologia, verificou-se em todas as análises uma diminuição significativa dos sintomas do cliente, tendo o valor da diminuição entre sessões se situado entre -.219 (Tarefas) e -.238 (Aliança Terapêutica).

Quando avaliado o contributo da Aliança Terapêutica e do Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos para a sintomatologia, não se verificaram efeitos principais significativos ( $\gamma = -.281$ ;  $t = -.524$ ;  $p = ,601$ ;  $\gamma = ,111$ ;  $t = ,578$ ;  $p = ,564$ , respetivamente). Porém, verifica-se uma interação significativa entre as variáveis ( $\gamma = -.800$ ;  $t = -2,703$ ;  $p = ,007$ ), o que sugere que o efeito do Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos na Sintomatologia depende dos níveis de Aliança Terapêutica. Deste modo, quando a Aliança é elevada e quanto mais intervenções de Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por outro lado, quando a Aliança é baixa e quanto mais intervenções de Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos são aplicadas, maior é a sintomatologia.

Verificou-se também uma interação entre o Vínculo e a intervenção centrada no Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos ( $\gamma = -.451$ ;  $t = -2,863$ ;  $p = ,005$ ), o que significa que o efeito do Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos na Sintomatologia depende dos níveis de Vínculo. Quando o Vínculo é elevado e quanto mais intervenções de Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por outro lado, quando o Vínculo é baixo e quanto mais intervenções de Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos são aplicadas, maior é a sintomatologia.

No que diz respeito ao acordo nas Tarefas e à intervenção que promoveu o Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos, verificou-se uma interação marginalmente significativa ( $\gamma = -,615$ ;  $t = -1,857$ ;  $p = ,064$ ). A interpretação desta interação segue o mesmo padrão das anteriormente expressas, em relação à Aliança e ao Vínculo. Isto é, quando o acordo nas Tarefas percebido pelo cliente é alto e são aplicadas mais intervenções que promovem o Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos, menor é a sintomatologia. Por sua vez, quando o acordo nas Tarefas percebido pelo cliente é baixo e são aplicadas mais intervenções promotoras do Reconhecimento dos Padrões Desadaptativos, maior é a sintomatologia. Além disso, se considerarmos os efeitos principais, verificamos que o acordo nas Tarefas, percebido pelo cliente, diminui significativamente a sintomatologia ( $\gamma = -1,074$ ;  $t = -2,120$ ;  $p = ,035$ ).

**Tabela 5**

*Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Renúncia dos Padrões Desadaptativos (Ren. PD) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)*

| IAT-RR + ATOS - Ren. PD |                             | Est.   | EP    | df      | t      | p     | IC 95% |        |
|-------------------------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|                         |                             |        |       |         |        |       | Inf.   | Sup.   |
| AT                      | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,570 | 1,290 | 32,656  | 14,396 | <,001 | 15,945 | 21,196 |
|                         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,251  | ,068  | 7,093   | -3,700 | ,007  | -,411  | -,091  |
|                         | AT                          | -,492  | ,568  | 189,370 | -,867  | ,387  | -1,613 | ,628   |
|                         | Ren. PD                     | ,013   | ,150  | 235,215 | ,087   | ,930  | -,283  | ,309   |
|                         | Interação                   | -,163  | ,256  | 228,484 | -,637  | ,524  | -,668  | ,341   |
| Vínculo                 | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,368 | 1,304 | 33,021  | 14,082 | <,001 | 15,715 | 21,022 |
|                         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,209  | ,070  | 6,291   | -2,980 | ,023  | -,379  | -,039  |
|                         | Vínculo                     | ,199   | ,303  | 198,778 | ,655   | ,513  | -,399  | ,797   |
|                         | Ren. PD                     | ,014   | ,150  | 234,734 | ,095   | ,924  | -,281  | ,309   |
|                         | Interação                   | -,181  | ,122  | 222,013 | -1,480 | ,140  | -,422  | ,060   |
| Objetivos               | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,476 | 1,295 | 32,283  | 14,271 | <,001 | 15,840 | 21,112 |
|                         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,235  | ,063  | 5,451   | -3,746 | ,011  | -,392  | -,078  |
|                         | Objetivos                   | -,516  | ,505  | 224,856 | -1,020 | ,309  | -1,511 | ,480   |
|                         | Ren. PD                     | ,002   | ,150  | 236,535 | ,015   | ,988  | -,294  | ,299   |
|                         | Interação                   | ,059   | ,320  | 219,453 | ,184   | ,855  | -,571  | ,688   |
| Tarefas                 | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,463 | 1,299 | 32,344  | 14,214 | <,001 | 15,818 | 21,108 |
|                         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,229  | ,064  | 6,061   | -3,597 | ,011  | -,385  | -,074  |
|                         | Tarefas                     | -1,338 | ,498  | 250,169 | -2,686 | ,008  | -2,319 | -,357  |
|                         | Ren. PD                     | ,031   | ,149  | 234,949 | ,207   | ,836  | -,262  | ,324   |
|                         | Interação                   | ,030   | ,325  | 224,878 | ,092   | ,927  | -,610  | ,669   |

Nota: IAT-RR = Inventário da Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido; ATOS - Ren. PD = Renúncia dos Padrões de Defesa Desadaptativos; Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; Inf. – Limite Inferior; Sup. – Limite Superior.

Na Tabela 5 podem ser observados os dados relativos à interação da Aliança Terapêutica e das suas dimensões, avaliadas pelo cliente, com as intervenções do terapeuta com o objetivo de ajudar o sujeito a Renunciar aos Padrões de Defesa Desadaptativos.

Em todas essas análises, verificou-se uma diminuição significativa da sintomatologia, tendo o valor da diminuição entre sessões se situado entre -.209 (Vínculo) e -.251 (Aliança Terapêutica). Todavia, não foram observadas interações significativas que explicassem a evolução da sintomatologia. Apenas se verificou um efeito principal significativo do acordo das Tarefas na perspectiva do cliente ( $\gamma = -1,338$ ;  $t = -2,686$ ;  $p = ,008$ ), sendo que o aumento das Tarefas em um valor contribuiu para uma diminuição da sintomatologia de 1,34.

**Tabela 6**

*Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Experiência dos Afetos (EA) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)*

| IAT-RR + ATOS - EA |                             | Est.   | EP    | df      | t      | p     | IC 95% |        |
|--------------------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|                    |                             |        |       |         |        |       | Inf.   | Sup.   |
| AT                 | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,470 | 1,288 | 32,880  | 14,337 | <,001 | 15,849 | 21,092 |
|                    | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,245  | ,070  | 7,985   | -3,517 | ,008  | -,406  | -,084  |
|                    | AT                          | -,645  | ,524  | 214,098 | -1,232 | ,219  | -1,678 | ,387   |
|                    | EA                          | -,352  | ,166  | 248,422 | -2,123 | ,035  | -,678  | -,025  |
|                    | Interação                   | ,448   | ,273  | 248,385 | 1,642  | ,102  | -,090  | ,986   |
| Vínculo            | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,373 | 1,298 | 33,372  | 14,150 | <,001 | 15,733 | 21,014 |
|                    | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,225  | ,073  | 8,200   | -3,061 | ,015  | -,393  | -,056  |
|                    | Vínculo                     | ,024   | ,291  | 203,692 | ,082   | ,935  | -,550  | ,597   |
|                    | EA                          | -,326  | ,166  | 246,943 | -1,961 | ,051  | -,653  | ,001   |
|                    | Interação                   | ,100   | ,141  | 249,223 | ,710   | ,479  | -,178  | ,378   |
| Objetivos          | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,269 | 1,306 | 32,657  | 13,987 | <,001 | 15,610 | 20,927 |
|                    | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,212  | ,064  | 5,705   | -3,300 | ,018  | -,372  | -,053  |
|                    | Objetivos                   | -,207  | ,521  | 240,782 | -,397  | ,692  | -1,233 | ,820   |
|                    | EA                          | -,340  | ,167  | 248,376 | -2,032 | ,043  | -,670  | -,010  |
|                    | Interação                   | ,494   | ,381  | 248,453 | 1,296  | ,196  | -,257  | 1,244  |
| Tarefas            | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,263 | 1,303 | 32,571  | 14,021 | <,001 | 15,612 | 20,915 |

|                           |        |      |         |        |      |        |       |
|---------------------------|--------|------|---------|--------|------|--------|-------|
| Declive ( $\gamma_{10}$ ) | -,206  | ,066 | 6,846   | -3,125 | ,017 | -,362  | -,049 |
| Tarefas                   | -1,153 | ,490 | 251,765 | -2,354 | ,019 | -2,117 | -,188 |
| EA                        | -,377  | ,162 | 248,240 | -2,321 | ,021 | -,696  | -,057 |
| Interação                 | ,771   | ,331 | 232,435 | 2,331  | ,021 | ,119   | 1,422 |

*Nota:* IAT-RR = Inventário da Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido; ATOS - EA = Experiência dos Afetos; Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; Inf. – Limite Inferior; Sup. – Limite Superior.

Na Tabela 6 podem ser observados os dados relativos à interação da Aliança Terapêutica e das suas dimensões, avaliada pelo cliente, com as intervenções do terapeuta com o objetivo de fomentar a Experiência dos Afetos. Verificou-se em todas as análises uma diminuição significativa da sintomatologia, tendo o valor da diminuição entre sessões se situado entre -.206 (Tarefas) e -.245 (Aliança Terapêutica).

Quando foi avaliada a interação entre a Aliança Terapêutica e a intervenção centrada na Experiência dos Afetos, observou-se que não existe interação, mas que a intervenção que visava a Experiência dos Afetos diminuía significativamente a sintomatologia ( $\gamma = -,352$ ;  $t = -2,123$ ;  $p = ,035$ ).

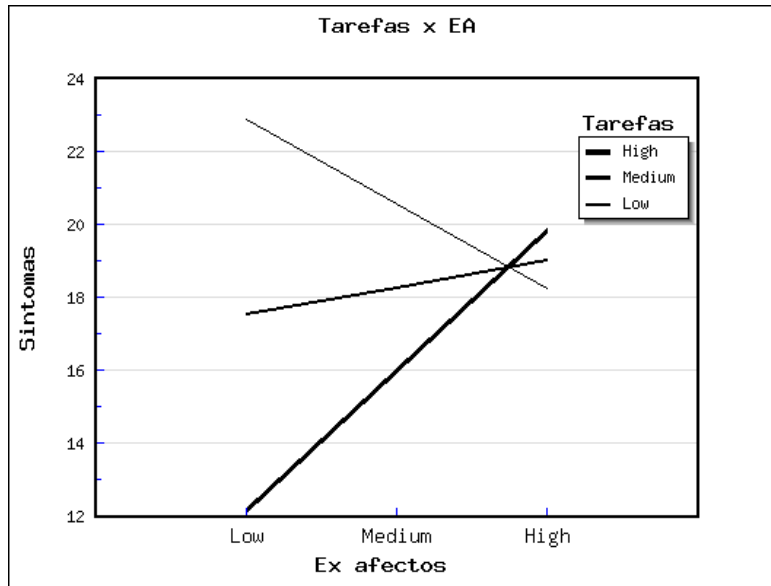
Também não existe interação entre o Vínculo e a Experiência dos Afetos ( $\gamma = ,100$ ;  $t = ,710$ ;  $p = ,479$ ), mas verificou-se que as intervenções focadas na Experiência dos Afetos diminuía significativamente a sintomatologia ( $\gamma = -,326$ ;  $t = -1,961$ ;  $p = ,051$ ).

O mesmo padrão de resultados observou-se ainda relativamente à interação entre os Objetivos e a Experiência dos Afetos. Isto é, não existe interação significativa ( $\gamma = ,494$ ;  $t = 1,296$ ;  $p = ,196$ ), mas o trabalho centrado na Experiência dos Afetos diminuiu significativamente a sintomatologia ( $\gamma = -,340$ ;  $t = -2,032$ ;  $p = ,043$ ).

No que se refere ao acordo nas Tarefas e à intervenção promotora da Experiência dos Afetos, verificou-se que tanto as Tarefas ( $\gamma = -1,153$ ;  $t = -2,354$ ;  $p = ,019$ ) como a Experiência dos Afetos ( $\gamma = -,377$ ;  $t = -2,321$ ;  $p = ,021$ ) diminuiu significativamente a sintomatologia. Contudo, pelo facto de se verificar uma interação significativa e positiva entre as duas variáveis ( $\gamma = ,771$ ;  $t = 2,331$ ;  $p = ,021$ ), observou-se que quando o acordo nas Tarefas percebido pelo cliente é alto e quanto mais intervenções promotoras da Experiência dos Afetos são aplicadas, maior é a sintomatologia. Por sua vez, quando o acordo nas Tarefas percebido pelo cliente é baixo e são aplicadas mais intervenções a nível da Experiência dos Afetos, menor é a sintomatologia. Dado que este resultado não é concordante com o que seria teoricamente expectável, apresentamos um gráfico para ajudar a interpretar e discutir este resultado.

**Figura 2**

Gráfico que descreve o impacto da interação entre o acordo nas tarefas terapêuticas e a intervenção focada na experiência dos afetos, na sintomatologia do cliente.



**Tabela 7**

Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Nova Aprendizagem Emocional (NAE) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)

| IAT-RR + ATOS - NAE |                             | Est.   | EP    | df      | t      | p     | IC 95% |        |
|---------------------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|                     |                             |        |       |         |        | Inf.  |        | Sup.   |
| AT                  | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,544 | 1,298 | 33,154  | 14,292 | <,001 | 15,905 | 21,184 |
|                     | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,248  | ,069  | 7,487   | -3,602 | ,008  | -,408  | -,087  |
|                     | AT                          | -,524  | ,561  | 203,280 | -,933  | ,352  | -1,630 | ,583   |
|                     | NAE                         | -,049  | ,158  | 223,941 | -,311  | ,756  | -,361  | ,262   |
|                     | Interação                   | ,132   | ,274  | 221,615 | ,482   | ,630  | -,407  | ,671   |
| Vínculo             | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,421 | 1,307 | 33,411  | 14,090 | <,001 | 15,762 | 21,079 |
|                     | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,223  | ,071  | 7,091   | -3,133 | ,016  | -,390  | -,055  |
|                     | Vínculo                     | ,081   | ,300  | 198,529 | ,271   | ,787  | -,510  | ,672   |
|                     | NAE                         | -,050  | ,158  | 226,132 | -,314  | ,754  | -,361  | ,261   |
|                     | Interação                   | ,028   | ,134  | 218,943 | ,210   | ,834  | -,236  | ,293   |
| Objetivos           | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,403 | 1,310 | 32,774  | 14,053 | <,001 | 15,738 | 21,068 |
|                     | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,223  | ,064  | 5,440   | -3,506 | ,015  | -,382  | -,063  |
|                     | Objetivos                   | -,357  | ,560  | 235,676 | -,637  | ,525  | -1,461 | ,747   |
|                     | NAE                         | -,055  | ,160  | 223,500 | -,344  | ,731  | -,371  | ,261   |
|                     | Interação                   | ,198   | ,383  | 244,328 | ,518   | ,605  | -,555  | ,952   |

|         |                             |        |       |         |        |       |        |        |
|---------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
| Tarefas | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,428 | 1,307 | 32,749  | 14,096 | <,001 | 15,768 | 21,089 |
|         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,226  | ,064  | 6,230   | -3,506 | ,012  | -,382  | -,070  |
|         | Tarefas                     | -1,139 | ,547  | 248,625 | -2,083 | ,038  | -2,217 | -,062  |
|         | NAE                         | -,026  | ,158  | 222,186 | -,165  | ,869  | -,337  | ,285   |
|         | Interação                   | ,257   | ,342  | 226,816 | ,753   | ,452  | -,416  | ,930   |

Nota: IAT-RR = Inventário da Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido; ATOS - NAE = Nova Aprendizagem Emocional; Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; Inf. – Limite Inferior; Sup. – Limite Superior.

Na Tabela 7 podem ser observados os dados relativos à interação da Aliança Terapêutica e das suas dimensões, avaliada pelo cliente, com a intervenção do terapeuta com o objetivo de fomentar Novas Aprendizagens Emocionais do sujeito. Verificou-se em todas as análises uma diminuição significativa da sintomatologia, tendo o valor da diminuição entre sessões se situado entre -.223 (Vínculo e Objetivos) e -.248 (Aliança Terapêutica).

Não se verificaram interações significativas ( $p > .05$ ) e apenas se registou um efeito principal significativo. O acordo nas Tarefas percecionado pelo cliente diminuiu significativamente a sintomatologia ( $\gamma = -1,139$ ;  $t = -2,083$ ;  $p = ,038$ ).

## Tabela 8

*Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a Exposição a Afetos Inibitórios (EAI) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)*

| IAT-RR + ATOS - EAI |                             | Est.   | EP    | df      | t      | p     | IC 95% |        |
|---------------------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|                     |                             |        |       |         |        |       | Inf.   | Sup.   |
| AT                  | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,641 | 1,285 | 32,723  | 14,512 | <,001 | 16,027 | 21,255 |
|                     | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,268  | ,071  | 7,654   | -3,797 | ,006  | -,432  | -,104  |
|                     | AT                          | -,659  | ,548  | 218,177 | -1,202 | ,230  | -1,739 | ,421   |
|                     | EAI                         | -,159  | ,210  | 212,371 | -,758  | ,449  | -,573  | ,255   |
|                     | Interação                   | ,135   | ,475  | 213,034 | ,285   | ,776  | -,801  | 1,071  |
| Vínculo             | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,506 | 1,297 | 33,153  | 14,265 | <,001 | 15,867 | 21,144 |
|                     | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,238  | ,073  | 7,395   | -3,275 | ,013  | -,407  | -,068  |
|                     | Vínculo                     | ,073   | ,295  | 214,410 | ,249   | ,803  | -,508  | ,654   |
|                     | EAI                         | -,156  | ,210  | 212,543 | -,742  | ,459  | -,570  | ,258   |
|                     | Interação                   | -,070  | ,222  | 214,452 | -,315  | ,753  | -,507  | ,367   |
| Objetivos           | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,531 | 1,283 | 32,354  | 14,440 | <,001 | 15,918 | 21,144 |
|                     | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,248  | ,067  | 5,887   | -3,698 | ,010  | -,413  | -,083  |
|                     | Objetivos                   | -,619  | ,518  | 234,394 | -1,195 | ,233  | -1,639 | ,402   |



|         |                             |        |       |         |        |       |        |        |
|---------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|         | EAI                         | -,176  | ,212  | 213,013 | -,832  | ,406  | -,594  | ,241   |
|         | Interação                   | ,665   | ,654  | 234,598 | 1,016  | ,311  | -,624  | 1,954  |
| Tarefas | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,508 | 1,291 | 32,366  | 14,338 | <,001 | 15,880 | 21,136 |
|         | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,240  | ,068  | 6,513   | -3,524 | ,011  | -,403  | -,076  |
|         | Tarefas                     | -1,478 | ,516  | 250,794 | -2,864 | ,005  | 2,495  | -,462  |
|         | EAI                         | -,172  | ,207  | 211,262 | -,827  | ,409  | -,581  | ,237   |
|         | Interação                   | ,592   | ,630  | 221,839 | ,939   | ,349  | -,650  | 1,834  |

Nota: IAT-RR = Inventário da Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido; ATOS - EAI = Exposição a Afetos Inibitórios; Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; Inf. – Limite Inferior; Sup. – Limite Superior.

Na Tabela 8 podem ser observados os dados relativos à interação da Aliança Terapêutica e de cada uma das suas dimensões, avaliadas pelo cliente, com as intervenções do terapeuta de Exposição a Afetos Inibitórios.

Relativamente à evolução da sintomatologia, constatou-se em todas as análises uma diminuição significativa da sintomatologia, tendo o valor da diminuição entre sessões se situado entre -.238 (Vínculo) e -.268 (Aliança Terapêutica).

No que se refere às interações, não foram observados valores significativos ( $p > .05$ ) e apenas o acordo nas Tarefas ( $\gamma = -1,478$ ;  $t = -2,864$ ;  $p = ,005$ ), percebido pelo cliente, demonstrou um efeito principal significativo, tendo revelado que o acordo percebido nas Tarefas contribui para a diminuição da sintomatologia.

## Tabela 9

*Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a promoção de Sentimentos Positivos Face ao Self (SPFS) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)*

| <i>IAT-RR + ATOS - SPFS</i> |                             | <i>Est.</i> | <i>EP</i> | <i>df</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>IC 95%</i> |             |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|-----------|----------|----------|---------------|-------------|
|                             |                             |             |           |           |          |          | <i>Inf.</i>   | <i>Sup.</i> |
| AT                          | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,604      | 1,296     | 32,888    | 14,351   | <,001    | 15,966        | 21,242      |
|                             | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,262       | ,069      | 7,350     | -3,814   | ,006     | -,424         | -,101       |
|                             | AT                          | -,939       | ,538      | 213,650   | -1,744   | ,083     | -2,000        | ,123        |
|                             | SPFS                        | ,050        | ,168      | 230,263   | ,296     | ,768     | -,282         | ,381        |
|                             | Interação                   | -,804       | ,293      | 235,141   | -2,740   | ,007     | -1,382        | -,226       |
| Vínculo                     | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,376      | 1,318     | 33,097    | 13,945   | <,001    | 15,695        | 21,057      |
|                             | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,222       | ,068      | 6,466     | -3,250   | ,016     | -,386         | -,058       |
|                             | Vínculo                     | -,036       | ,291      | 205,301   | -,123    | ,902     | -,609         | ,537        |
|                             | SPFS                        | ,040        | ,166      | 226,546   | ,238     | ,812     | -,287         | ,366        |

|           |                             |        |       |         |        |       |        |        |
|-----------|-----------------------------|--------|-------|---------|--------|-------|--------|--------|
|           | Interação                   | -,394  | ,133  | 226,166 | -2,949 | ,004  | -,657  | -,131  |
| Objetivos | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,477 | 1,292 | 32,507  | 14,299 | <,001 | 15,846 | 21,107 |
|           | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,235  | ,064  | 5,782   | -3,668 | ,011  | -,394  | -,077  |
|           | Objetivos                   | -,682  | ,532  | 241,248 | -1,282 | ,201  | -1,730 | ,366   |
|           | SPFS                        | -,035  | ,172  | 232,063 | -,201  | ,841  | -,373  | ,304   |
|           | Interação                   | -,373  | ,396  | 235,234 | -,941  | ,347  | -1,153 | ,407   |
| Tarefas   | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,503 | 1,297 | 32,586  | 14,268 | <,001 | 15,864 | 21,143 |
|           | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,235  | ,067  | 6,392   | -3,520 | ,011  | -,396  | -,074  |
|           | Tarefas                     | -1,500 | ,506  | 250,765 | -2,967 | ,003  | -2,496 | -,504  |
|           | SPFS                        | -,013  | ,165  | 225,816 | -,079  | ,937  | -,339  | ,313   |
|           | Interação                   | -,554  | ,400  | 232,648 | -1,385 | ,167  | -1,342 | ,234   |

Nota: IAT-RR = Inventário da Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido; ATOS<sub>6</sub> = Sentimentos Positivos Face ao Self; Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; Inf. – Limite Inferior; Sup. – Limite Superior.

Na Tabela 9 podem ser observados os dados relativos à interação da Aliança Terapêutica e de cada uma das suas dimensões, avaliadas pelo cliente, com as intervenções do terapeuta promotoras de Sentimentos Positivos Face ao *Self*.

No que se refere à evolução da sintomatologia, verificou-se em todas as análises uma diminuição significativa da sintomatologia, tendo o valor da diminuição entre sessões se situado entre -.222 (Vínculo) e -.262 (Aliança Terapêutica).

Quando avaliado o contributo da Aliança Terapêutica e a promoção de Sentimentos Positivos Face ao *Self* para a sintomatologia, não se verificaram efeitos principais significativos ( $\gamma = -,939$ ;  $t = -1,744$ ;  $p = ,083$ ;  $\gamma = ,050$ ;  $t = ,296$ ;  $p = ,768$ , respetivamente), apesar da primeira se aproximar de valores significativos ( $p > .05$ ). No entanto, é observada uma interação significativa entre as duas variáveis ( $\gamma = -,804$ ;  $t = -2,740$ ;  $p = ,007$ ), o que demonstra que o efeito da promoção de Sentimentos Positivos Face ao *Self* na Sintomatologia depende dos níveis de Aliança Terapêutica. Assim sendo, quando a Aliança é elevada e quanto mais intervenções de promoção dos Sentimentos Positivos Face ao *Self* são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por outro lado, quando a Aliança é baixa e quanto mais intervenções de promoção de Sentimentos Positivos Face ao *Self* são aplicadas, maior é a sintomatologia.

Verificou-se também uma interação entre o Vínculo e a intervenção centrada na promoção de Sentimentos Positivos Face ao *Self* ( $\gamma = -,394$ ;  $t = -2,949$ ;  $p = ,004$ ), o que significa que o efeito dos Sentimentos Positivos Face ao *Self* na sintomatologia depende

dos níveis de Vínculo. Quando o Vínculo é elevado e quanto mais intervenções de promoção de Sentimentos Positivos Face ao *Self* são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por outro lado, quando o Vínculo é baixo e mais intervenções de promoção de Sentimentos Positivos Face ao *Self* são aplicadas, maior é a sintomatologia.

Relativamente ao contributo das Tarefas e da promoção de Sentimentos Positivos Face ao *Self*, somente se verificou um efeito principal significativo ( $\gamma = -1,500$ ;  $t = -2,967$ ;  $p = ,003$ ): o acordo nas Tarefas na perspetiva do cliente, o que significa que a um valor de aumento nas tarefas, corresponde uma diminuição de sintomas de 1,5 valores.

### **Tabela 10**

*Estimativas dos efeitos fixos da interação entre a promoção da Perceção dos Outros (PO) e Aliança Terapêutica (e as suas dimensões)*

| <i>IAT-RR + ATOS - PO</i> |                             | <i>Est.</i> | <i>EP</i> | <i>df</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>IC 95%</i> |             |
|---------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|-----------|----------|----------|---------------|-------------|
|                           |                             |             |           |           |          |          | <i>Inf.</i>   | <i>Sup.</i> |
| AT                        | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,645      | 1,296     | 32,779    | 14,387   | <,001    | 16,008        | 21,282      |
|                           | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,271       | ,066      | 7,015     | -4,081   | ,005     | -,428         | -,114       |
|                           | AT                          | -,704       | ,523      | 208,760   | -1,347   | ,180     | -1,734        | ,327        |
|                           | PO                          | ,277        | ,178      | 212,279   | 1,562    | ,120     | -,073         | ,627        |
|                           | Interação                   | -,661       | ,277      | 230,805   | -2,388   | ,018     | -1,207        | -,116       |
| Vínculo                   | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,509      | 1,311     | 33,264    | 14,120   | <,001    | 15,843        | 21,175      |
|                           | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,243       | ,070      | 6,780     | -3,499   | ,011     | -,409         | -,078       |
|                           | Vínculo                     | ,023        | ,289      | 199,781   | ,081     | ,936     | -,547         | ,594        |
|                           | PO                          | ,275        | ,179      | 216,448   | 1,536    | ,126     | -,078         | ,628        |
|                           | Interação                   | -,271       | ,134      | 227,771   | -2,025   | ,044     | -,535         | -,007       |
| Objetivos                 | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,492      | 1,295     | 32,301    | 14,275   | <,001    | 15,855        | 21,130      |
|                           | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,243       | ,060      | 5,000     | -4,036   | ,010     | -,397         | -,088       |
|                           | Objetivos                   | -,745       | ,498      | 233,695   | -1,495   | ,136     | -1,726        | ,237        |
|                           | PO                          | ,227        | ,179      | 212,112   | 1,268    | ,206     | -,126         | ,581        |
|                           | Interação                   | -1,187      | ,429      | 227,885   | -2,765   | ,006     | -2,032        | -,341       |
| Tarefas                   | Constante ( $\gamma_{00}$ ) | 18,590      | 1,297     | 32,351    | 14,335   | <,001    | 15,949        | 21,230      |
|                           | Declive ( $\gamma_{10}$ )   | -,247       | ,063      | 6,077     | -3,918   | ,008     | -,401         | -,093       |
|                           | Tarefas                     | -1,526      | ,490      | 251,421   | -3,118   | ,002     | -2,491        | -,562       |
|                           | PO                          | ,289        | ,176      | 212,868   | 1,644    | ,102     | -,057         | ,635        |
|                           | Interação                   | -,946       | ,420      | 224,427   | -2,252   | ,025     | -1,774        | -,118       |

*Nota:* IAT-RR = Inventário da Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido; ATOS - PO = Perceção dos Outros; Est. = Estimativas; EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; Inf. – Limite Inferior; Sup. – Limite Superior.

Na Tabela 10 podem ser observados os dados relativos à interação da Aliança Terapêutica e de cada uma das suas dimensões, avaliadas pelo cliente, com as intervenções do terapeuta no sentido de melhorar a Percepção dos Outros.

No que se refere à evolução da sintomatologia, foi observado que, em todas as análises, existe uma diminuição significativa da sintomatologia, com valores situados entre -.243 (Vínculo e Objetivos) e -.271 (Aliança Terapêutica).

Quando avaliado o contributo da Aliança Terapêutica e da Percepção dos Outros para a sintomatologia, verifica-se uma interação significativa entre as variáveis ( $\gamma = -.661$ ;  $t = -2,388$ ;  $p = ,018$ ), sugerindo que o efeito da Percepção dos Outros na Sintomatologia depende dos níveis de Aliança Terapêutica. Por conseguinte, quando a Aliança é elevada e quanto mais intervenções para melhorar a Percepção dos Outros são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por outro lado, quando a Aliança é baixa e quanto mais intervenções para melhorar a Percepção dos Outros são aplicadas, maior é a sintomatologia.

Verificou-se também uma interação entre o Vínculo e a intervenção centrada na Percepção dos Outros ( $\gamma = -.271$ ;  $t = -2,025$ ;  $p = ,044$ ), o que significa que o efeito da Percepção dos Outros na Sintomatologia depende dos níveis de Vínculo. Ou seja, quando o Vínculo é elevado e quanto mais intervenções centradas na Percepção dos Outros são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por outro lado, quando o Vínculo é baixo e são aplicadas mais intervenções centradas na Percepção dos Outros, maior é a sintomatologia.

Foi igualmente observada uma interação entre os Objetivos e a intervenção centrada na Percepção dos Outros ( $\gamma = -1,187$ ;  $t = -2,765$ ;  $p = ,006$ ). Deste modo, o efeito da Percepção dos Outros na Sintomatologia depende dos níveis de Vínculo. Quando o Vínculo é elevado e quanto mais intervenções de Percepção dos Outros são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por outro lado, quando o Vínculo é baixo e quanto mais intervenções de Percepção dos Outros são aplicadas, maior é a sintomatologia.

No que se refere ao acordo nas Tarefas e à intervenção centrada na Percepção dos Outros, verificou-se uma interação entre as duas variáveis ( $\gamma = -.946$ ;  $t = -2,252$ ;  $p = ,025$ ). A interpretação desta interação segue o mesmo padrão das anteriormente expressas em relação à Aliança e ao Vínculo. Isto é, quando o acordo nas Tarefas percebido pelo cliente é alto e quanto mais intervenções centradas na Percepção dos Outros são aplicadas, menor é a sintomatologia. Por sua vez, quando o acordo nas Tarefas percebido pelo cliente é baixo e quanto mais intervenções centradas na Percepção dos Outros são aplicadas, maior é a sintomatologia.

## Discussão

O presente estudo procurou explorar se existia interação entre a intervenção terapêutica da TFA e a aliança terapêutica para os resultados terapêuticos. Pretendíamos perceber se o efeito da intervenção terapêutica nos resultados dependia dos níveis da aliança da díade. De acordo com inúmeras evidências, era expectável que o trabalho desenvolvido em torno dos objetivos psicodinâmicos apresentasse um maior contributo para os resultados terapêuticos, quando se verificassem níveis elevados de aliança.

Entre os resultados principais da nossa investigação, destacam-se as interações entre a aliança terapêutica e: (1) os objetivos de reconhecimento dos padrões de defesa desadaptativos; (2) o trabalho sobre os sentimentos positivos face ao *self*; e (3) sobre a percepção dos outros. Verificou-se que quando são reportados níveis elevados de aliança, o trabalho terapêutico, em torno destes objetivos, conduz a uma diminuição significativa da sintomatologia. Em sentido contrário, quando os níveis de aliança são baixos, o trabalho em torno dos objetivos terapêuticos é contraproducente, isto é, aumenta os sintomas do cliente.

Estes resultados podem ser compreendidos por referência a investigações anteriores. No que se refere à interação entre a aliança e a capacidade de *insight* do cliente (i.e., reconhecimento dos padrões desadaptativos), a aliança terapêutica é necessária para que o cliente analise, explore, reflita e reconheça os padrões que estão na base dos seus conflitos psíquicos internos (Lacewing, 2014; Locati et al., 2019). Um contexto relacional de colaboração parece, assim, ser essencial para que o cliente reconheça, compreenda e elabore os seus conflitos intrapsíquicos.

Relativamente à interação entre a aliança terapêutica e a promoção dos sentimentos positivos face ao *self*, várias evidências indicam que a aliança na díade, por si só, promove a autovalorização, autoconsciência e autoestima (Durosini & Aschieri, 2021; Lecomte et al., 2018). Doorn et al. (2019) explicam que a aliança permite que o cliente reflita acerca de novas experiências afetivas positivas com o terapeuta, algo que contribui implicitamente para maiores sentimentos de autoestima. Os resultados encontrados no presente estudo vão além deste efeito já conhecido. Isto é, sugerem que o efeito positivo da aliança pode ainda ser potenciado através da intervenção explícita sobre os sentimentos positivos face ao *self*.

No que concerne à interação entre a aliança e o trabalho sobre a percepção dos outros, os resultados encontrados são favoráveis ao modelo proposto pela TFA e relativamente inovadores, na medida em que existem poucos estudos anteriores que

refiram esta associação. As investigações existentes vão ao encontro dos dados obtidos, demonstrando que a aliança estimula tanto a mudança intrapessoal do cliente, como a mudança relacional (e.g., Constantino et al., 2017; Hawley & Garland, 2008). Por exemplo, estudos anteriores demonstram que a aliança terapêutica conduz a novas aprendizagens afetivas, que contrariam as expectativas negativas face às interações do *self* para com outros (Huang et al., 2016) e aliviam os afetos negativos que tendem a surgir nas relações sociais (Byrd et al., 2010). Outros estudos demonstraram ainda que a aliança aumenta a empatia que o cliente sente por outros (Durosini & Aschieri, 2021). Os resultados obtidos no presente estudo vão além dos estudos reportados, mostrando que a aliança potencia o contributo positivo do trabalho em torno da representação do outro na diminuição da sintomatologia. Podemos então afirmar que a aliança é o veículo necessário para alcançar diferentes objetivos terapêuticos que contribuem para a melhoria do cliente. É através das oportunidades promotoras de níveis altos da aliança, que o terapeuta fomenta a capacidade de *insight* do cliente e que permite que se trabalhe a percepção que o cliente tem de si mesmo e de outros, contribuindo para uma melhoria dos sintomas.

Um outro nível de análise dos nossos resultados refere-se às dimensões da aliança terapêutica. Nesse sentido, o vínculo terapêutico destaca-se quando se analisam as interações anteriormente reportadas, em função de cada uma das dimensões da aliança. Quando o vínculo é elevado, o reconhecimento dos padrões de defesa desadaptativos, os sentimentos positivos face ao *self* e a percepção dos outros contribuíram para a diminuição da sintomatologia.

Verificámos que o vínculo potencia o efeito da capacidade de *insight* do cliente, o que se traduz numa diminuição da sintomatologia. Segundo a literatura, o vínculo é a base da relação segura que oferece um “palco” para o cliente reencenar os seus modelos relacionais primários (Levy et al., 2019; Lilliengren et al., 2015). De acordo com os autores, o vínculo permite que o cliente explore e reconheça as suas defesas e conflitos interiores, através do reflexo de experiências afetivas passadas na relação terapêutica.

É postulado pela literatura que o vínculo é desenvolvido através da empatia, compreensão e aceitação da experiência interior dos seus clientes (Oliveira & Benetti, 2015). São esses elementos que contribuem para a valorização pessoal dos sujeitos (Rogers, 1976) e aumentam o impacto que a autoestima apresenta nos resultados terapêuticos, reduzindo o quadro sintomatológico (Durosini & Aschieri, 2021).

Relativamente ao vínculo e ao desenvolvimento da percepção dos outros, vários autores demonstraram que o ambiente empático e recetivo da terapia, naturais do vínculo,

criam condições para o cliente adquirir uma experiência interpessoal diferente, face ao seu relacionamento habitual para com outros (Bachelor, 2013; Elliott et al., 2018).

Sumariando o papel desta variável, se a aliança terapêutica é o veículo geral pelo qual os objetivos terapêuticos são alcançados, são os níveis altos do vínculo que proporcionam o ambiente terapêutico para o desenvolvimento do *insight* do cliente, para a melhoria na percepção do *self* e dos outros, o que se traduz na diminuição dos sintomas.

Na análise por dimensões, para além do vínculo, também foi observada uma interação significativa entre as dimensões de objetivos e acordo nas tarefas e o trabalho terapêutico face à percepção dos outros. A relação entre terapeuta e cliente só pode ser desenvolvida através de um ambiente de respeito e colaboração (Oliveira & Benetti, 2015; Tryon et al., 2019). Portanto, pode ser verificado no presente estudo que todos os componentes da aliança terapêutica interagem com a reestruturação da percepção dos outros, produzindo efeitos na redução da sintomatologia do cliente. Este resultado reforça a associação, enunciada por McCullough (2008), entre a reestruturação da percepção dos outros e a aliança, que dá ênfase à conceção que o cliente apresenta face aos outros.

Os resultados obtidos sugerem também que as intervenções psicodinâmicas podem ser contraproducentes quando os níveis de aliança total e do vínculo são baixos. No contexto deste modelo da psicoterapia psicodinâmica, Ferreira e Janeiro (2022) realizaram um estudo exploratório com o propósito de perceber se o nível de aliança moderava a contribuição da experiência emocional para os resultados, em indivíduos com sintomas depressivos e/ou ansiosos em psicoterapia psicodinâmica. Os seus resultados confirmaram o efeito negativo da experiência emocional nos resultados, quando os níveis de aliança terapêutica eram baixos. Os autores destacaram a necessidade de considerar o nível da aliança terapêutica, antes da implementação de intervenções que possam potenciar uma experiência emocional, dado que, na ausência de um contexto relacional seguro, a exploração de emoções temidas pode provocar uma resposta aversiva que potencia a sintomatologia dos clientes.

No presente estudo, foi identificada apenas uma interação com resultados contrários ao que seria de esperar. Verificou-se que, quando o acordo nas tarefas terapêuticas é elevado e quanto maior é a promoção de experiência dos afetos, maior é a sintomatologia. Estes resultados contradizem evidências em que os clientes identificam as tarefas de expressão emocional e afetiva, relativas a experiências interpessoais, como sendo as tarefas terapêuticas mais eficientes do processo terapêutico (Watson et al., 2012).

De modo a tentar explicar este resultado, podemos referir o estudo de Lane et al.

(2015). Estes observaram que, quando os clientes são submetidos a tarefas terapêuticas de procura ativa de novas experiências emocionais fora do contexto terapêutico, podem ser reativadas respostas emocionais desadaptativas e surtir efeitos indesejados, como ruminções negativas. Os autores esclarecem que isto acontece quando o cliente não consegue contextualizar essas novas experiências.

É de realçar que a interação entre as tarefas e a experiência emocional é um resultado peculiar pois, quando analisadas em separado, tanto as tarefas como a experiência dos afetos, diminuem significativamente os sintomas do cliente. Este resultado sugere que, apesar de poder existir acordo formal entre terapeuta e cliente em relação a uma determinada tarefa terapêutica, a sua realização pode ter um efeito contrário ao esperado. Por esse motivo, ao implementar as tarefas, o terapeuta deve monitorizar o seu efeito desde o primeiro momento. Pode depois, em função do modo como o cliente experiencia a tarefa, manter ou reformular o que antes havia sido acordado entre ambos.

De uma forma geral, a dimensão do acordo nas tarefas terapêuticas é, quando analisado o seu efeito isolado, a variável mais impactante e redutora de sintomatologia ao longo da terapia. Este é um dado que vai ao encontro da literatura existente, que defende que a terapia orientada para as tarefas terapêuticas é extremamente importante (Bayona et al., 2005). Para além do mais, quando o cliente está de acordo com as tarefas propostas, para responder às suas necessidades, existe um aumento da crença de que a psicoterapia o irá ajudar e que é capaz de resolver dos seus problemas (Wampold, 2015).

Similarmente, também a experiência dos afetos diminuiu significativamente a sintomatologia do cliente, quando analisada de modo isolado. Este dado é corroborado por vários autores, que apontam a exploração da experiência emocional como necessária, para alcançar resultados terapêuticos positivos (Peluso & Freund, 2019; Pos et al., 2017).

De um modo geral, os resultados encontrados neste estudo apresentam um contributo científico, mas proporcionam também implicações práticas importantes, que enfatizam a construção de uma aliança terapêutica como um elemento essencial na intervenção em psicoterapia. Isto, tendo em consideração que é através da mesma que o cliente consegue diminuir a sintomatologia e melhorar as suas relações interpessoais fora do contexto terapêutico. Posto isto, os nossos dados alertam para a necessidade de os terapeutas promoverem a aliança antes de colocarem em prática as intervenções terapêuticas de acordo com o seu modelo de eleição.



## **Limitações e Sugestões Futuras**

Não obstante a relevância das conclusões encontradas, o presente estudo contém três principais limitações. A primeira limitação refere-se ao número restrito de terapeutas que aplicaram as sessões do modelo, o que impossibilita a generalização dos resultados do estudo. A limitação seguinte está relacionada com as medidas em estudo, que se baseiam no autorrelato dos elementos da amostra. Conquanto a sua importância para compreender a percepção dos sujeitos face às variáveis, as medidas de autorrelato têm um carácter subjetivo a cada sujeito. Como forma de suplantar esta desvantagem, sugere-se que, no futuro, o objetivo deste estudo seja examinado através da análise das sessões terapêuticas por observadores externos, que avaliem os microprocessos em estudo de forma objetiva. Por último, podemos assinalar que a falta de conhecimento sobre as características psicométricas da adaptação da ATOS utilizada é outra das limitações desta investigação. Apesar do instrumento original ser reconhecido, é necessário avaliar a confiabilidade da versão portuguesa e validar as suas características psicométricas.

De acordo com McCarthy et al. (2019), o sucesso terapêutico das psicoterapias psicodinâmicas contemporâneas é mais amplo e complexo do que a melhoria dos sintomas. Assim sendo, sugerimos a realização de uma fase de avaliação *follow-up*, de forma a perceber como a interação entre a aliança e a intervenção do terapeuta, baseada no modelo da TFA, impacta os sintomas do cliente, além do fim do processo terapêutico.

## **Conclusão**

O presente estudo possibilitou analisar se a aliança terapêutica e as suas dimensões têm um papel moderador do impacto da intervenção psicodinâmica, mais especificamente do modelo da TFA, na sintomatologia do cliente. A partir dos resultados obtidos, podemos confirmar o objetivo de análise e perceber em que medida a aliança influenciou os resultados provocados pela intervenção do terapeuta, no contexto do modelo.

Concluindo, o alívio da sintomatologia do cliente ocorre quando níveis elevados de aliança (em geral) e de vínculo se associam a certas intervenções do terapeuta – promoção do reconhecimento de padrões de defesa desadaptativos, desenvolvimento de sentimentos positivos face ao *self* e reestruturação da percepção dos outros. Porém, é importante considerar os níveis de aliança terapêutica, quando o terapeuta intervém na experiência emocional do cliente, dado que níveis elevados de acordo nas tarefas podem ter efeitos adversos e potenciar a sintomatologia, na presença de baixos níveis de aliança.

## Referências Bibliográficas

- Aafjes-van Doorn, K., Kealy, D., Ehrental, J. C., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weber, R. (2019). Improving self-esteem through integrative group therapy for personality dysfunction: Investigating the role of the therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of clinical psychology, 75*(12), 2079–2094. <https://doi.org/10.1002/jclp.22832>
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews, (7)*, CD004687. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry, 74*(1), 58–71. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.58>
- Abimbola S. (2020). Health system governance: a triangle of rules. *BMJ global health, 5*(8), e003598. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003598>
- Almeida, R. (2010). Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. *Revista da SBPH, 13*(1), 94-106. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&tlng=pt).
- Altman, A. D., Shapiro, L. A., & Fisher, A. J. (2020). Why Does Therapy Work? An Idiographic Approach to Explore Mechanisms of Change Over the Course of Psychotherapy Using Digital Assessments. *Frontiers in psychology, 11*, 782. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00782>
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 15*(6), 503–514. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00027-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00027-M)
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology, 2*, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>

- Bachelor A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 118–135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. In Lambert, M. J. (Ed). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 443-494). John Wiley & Sons.
- Bayona, N. A., Bitensky, J., Salter, K., & Teasell, R. (2005). The role of task-specific training in rehabilitation therapies. *Topics in stroke rehabilitation*, 12(3), 58–65. <https://doi.org/10.1310/BQM5-6YGB-MVJ5-WVCR>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21–34.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- 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>
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 631–636. <https://doi.org/10.1037/a0022080>
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 190–199. <https://doi.org/10.1037/a0018401>
- Castillo, J., Valavanis, S., & Algorta, G. (2020). Short term psychodynamic

- psychotherapy (STPP) for clients with complex and enduring difficulties within NHS mental health services: A case series. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 34(1), 18–36. <https://doi.org/10.1080/02668734.2020.1802615>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Luukko, E. K., Newkirk, K., Bernecker, S. L., Ravitz, P., & McBride, C. (2017). Therapeutic alliance, subsequent change, and moderators of the alliance–outcome association in interpersonal psychotherapy for depression. *Psychotherapy*, 54(2), 125–135. <https://doi.org/10.1037/pst0000101>
- Despland, J. N., de Roten, Y., Drapeau, M., Currat, T., Beretta, V., & Kramer, U. (2009). The role of alliance in the relationship between therapist competence and outcome in brief psychodynamic psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(5), 362–367. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a20849>
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical psychology review*, 42, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
- Durosini, I., & Aschieri, F. (2021). Therapeutic assessment efficacy: A meta-analysis. *Psychological assessment*, 33(10), 962–972. <https://doi.org/10.1037/pas0001038>
- Ehrenreich, J. T., Fairholme, C. P., Buzzella, B. A., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2007). The Role of Emotion in Psychological Therapy. *Clinical psychology: a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 14(4), 422–428. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00102.x>
- Eiron, R. (2021). Play therapy for children inspired by Experiential Dynamic Therapy (EDT). *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 20(2), 136–151. <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1912535>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and

- client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Eppel, A. (2018). *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 3rd Edn. Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-74995-2>
- 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 and Psychological Therapy*, 22(1), 65–75.
- Ferreira, L. I. & Janeiro, L. (2020). Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos (ATOS – Versão Terapeuta). *Affect Phobia Therapy: Certified APT™- Research Scales*. <https://www.affectphobiatherapy.com/research-scales/>
- Flückiger, C., del Re, A., Wampold, B., & Horvath, A. (2019). Alliance in Adult Psychotherapy - Volume 1: Evidence Based Therapist Contributions. In J. Norcross & M. Lambert (Eds.), *Psychotherapy Relationships That Work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 24–78). Oxford University Press.
- Gaston, L., Thompson, L.W., Gallagher, D., Cournoyer, L., & Gagnon, R. (1998). Alliance, Technique, and their Interactions in Predicting Outcome of Behavioral, Cognitive, and Brief Dynamic Therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Owen, J. J., & Levy, S. R. (2018). Psychotherapy integration and alliance: An examination across treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 14–30. <https://doi.org/10.1037/int0000060>
- Greenberg, L. (2016). Chapter 39: The Clinical Application of Emotion in Psychotherapy. In L. Barrett, M. Lewis, & J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (4th ed., pp. 670–684). Oxford University Press.
- 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., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406–416. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.406>
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *The American*

- psychologist*, 44(1), 19–29. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.1.19>
- Halfon, S. (2021). Psychodynamic technique and therapeutic alliance in prediction of outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(2), 96–109. <https://doi.org/10.1037/ccp0000620>
- 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>
- Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2008). Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. *Child & Youth Care Forum*, 37(2), 59–74. <https://doi.org/10.1007/s10566-008-9050-x>
- Heck, R. H., Thomas, S. L., & Tabata, L. N. (2014). *Multilevel and longitudinal modeling with IBM SPSS* (2<sup>nd</sup> ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hill, C. E., Gelso, C. J., Chui, H., Spangler, P., Hummel, A., Huang, T., & Miles, J. R. (2014). To be or not to be immediate with clients: The use and perceived effects of immediacy in psychodynamic/interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24(3), 299–315. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.812262>
- Høglend P. (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *The American journal of psychiatry*, 171(10), 1056–1066. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010121>
- Holtforth, M., & Michalak, J. (2012). Motivation in Psychotherapy. In R. Ryan (Ed.), *The Oxford Handbook of Human Motivation* (pp. 441–462). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 37–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Huang, T. C. C., Hill, C. E., Strauss, N., Heyman, M., & Hussain, M. (2016). Corrective relational experiences in psychodynamic-interpersonal psychotherapy: Antecedents, types, and consequences. *Journal of Counseling Psychology, 63*(2), 183–197. <https://doi.org/10.1037/cou0000132>
- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(4), 375–401. <https://doi.org/10.1023/A:1009479100305>
- Johansson, R., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2013). Using the internet to provide psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry, 41*(4), 513–540. <https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.4.513>
- Julien, D., & O'Connor, K. P. (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: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 47*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9324-9>
- Kelly, A. E. (2000). Helping construct desirable identities: a self-presentational view of psychotherapy. *Psychological bulletin, 126*(4), 475–494. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.475>
- Kenny, D. T. (2016). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) for a Severely Performance Anxious Musician: A Case Report. *Journal of Psychology & Psychotherapy, 6*(3), 272-282. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000272>
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic psychotherapy, insight, and therapeutic action. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(2), 154–171. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12065>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. and Yanchar, S. C. (1996), The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*, 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. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *The Behavioral and brain sciences*, 38, e1.  
<https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2018). Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychology and psychotherapy*, 91(1), 15–26.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12139>
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Luyten, P., Rabung, S., & Steinert, C. (2022). Empirically supported psychodynamic psychotherapy for common mental disorders-An update applying revised criteria: Systematic review protocol. *Frontiers in psychiatry*, 13, 976885.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.976885>
- Leichsenring, F., & Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(1), 4–32. <https://doi.org/10.1080/02668734.2013.865428>
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1208–1216.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1208>
- Levy, J., Yirmiya, K., Goldstein, A., & Feldman, R. (2019). The Neural Basis of Empathy and Empathic Behavior in the Context of Chronic Trauma. *Frontiers in psychiatry*, 10, 562. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00562>
- Li, X., Kivlighan, D. M., & Hill, C. E. (2020). Follow you or follow me? Examining therapist responsiveness to client and responsiveness to self, using differential equations model and multilevel data disaggregation from an interpersonal theory framework. *Journal of counseling psychology*, 67(5), 608–621.  
<https://doi.org/10.1037/cou0000406>
- Lilliengren, P., Falkenström, F., Sandell, R., Mothander, P. R., & Werbart, A. (2015). Secure attachment to therapist, alliance, and outcome in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Journal of counseling psychology*, 62(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/cou0000044>
- Locati, F., Rossi, G., & Parolin, L. (2019). Interactive dynamics among therapist



- interventions, therapeutic alliance and metacognition in the early stages of the psychotherapeutic process. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 29(1), 112–122.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1314041>
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10250-000>
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and psychotherapy*, 88(4), 427–437.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Machado, P., & Ramos, M. (2008). Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised. Universidade do Minho.
- Malan, D. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics* (2nd ed.). Butterworth-Heinemann.
- Malan, D., & Selva, P. (2006). *Lives transformed: A revolutionary method of dynamic psychotherapy*. Karnac Books.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2014). Insight as a common and specific impact of psychotherapy: Therapist-reported exploratory, directive, and common factor interventions. *Psychotherapy*, 51(2), 283–294. <https://doi.org/10.1037/a0032410>
- McCarthy, K. S., Keefe, J. R., & Barber, J. P. (2016). Goldilocks on the couch: Moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 26(3), 307–317.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.973921>
- McCarthy, K. S., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2019). Process research in

- psychodynamic psychotherapy: Interventions and the therapeutic relationship. In D. Kealy & J. S. Ogrodniczuk (Eds.), *Contemporary psychodynamic psychotherapy: Evolving clinical practice* (pp. 75–88). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813373-6.00005-2>
- McCullough, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. Basic Books.
- McCullough, L. (1999). Short-Term Psychodynamic Therapy as a Form of Desensitization: Treating Affect Phobias. *In Session: Psychotherapy in Practice* 4(4), 35–53. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199924\)4:4<35::AID-SESS4>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6572(199924)4:4<35::AID-SESS4>3.0.CO;2-G)
- McCullough, L. (2008). Achievement of Therapeutic Objectives Scale. *ATOS Scale - Manual*. Harvard Medical School.
- 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., 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., & Magill, M. (2009). Affect-Focused Short-Term Dynamic Therapy Empirically: Empirically Supported Strategies for Resolving Affect Phobias. In L. Raymond & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between Science and Practice* (pp. 249–277). Humana Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5>
- McCullough, M. E., Worthington, E. L., Jr., & Rachal, K. C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 321–336. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.321>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 199–208. <https://doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical*

*psychology*, 73(5), 861–871. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.861>

Oliveira, Natacha Hennemann, & Benetti, Sílvia Pereira da Cruz. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672015000300010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000300010&lng=pt&tlng=pt)

Osborn, K., Ulvenes, P., Wampolt, B., & Mccullough, L. (2015). Creating change through focusing on affect: Affect phobia therapy. In N. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy*. (pp. 146–174). Guilford Press.

Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(6), 384–389.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd28a>

Owen, J., Hilsenroth, M. J., & Rodolfa, E. (2013). Interaction among alliance, psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioural techniques in the prediction of post-session change. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(6), 513–522. <https://doi.org/10.1002/cpp.1792>

Pascual-Leone A. (2018). How clients "change emotion with emotion": A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(2), 165–182.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1349350>

Patton, M. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Multon, K. D. (1997). The Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project: Relation of changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 189–208. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.2.189>

Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2019). Emotional Expression - Volume 1: Evidence Based Therapist Contributions. In J. Norcross & M. Lambert (Eds.), *Psychotherapy Relationships That Work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 421–460). Oxford University Press.

Perry, J. C., & Bond, M. (2017). Addressing defenses in psychotherapy to improve adaptation. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(3), 153-166.

<https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1285185>

- Petraglia, J., Bhatia, M., De Roten, Y., Despland, J. N., & Drapeau, M. (2015). An Empirical Investigation of Defense Interpretation Depth, Defensive Functioning, and Alliance Strength in Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(1), 1–17.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.1.1>
- Pilecki, B., Thoma, N., & McKay, D. (2015). Cognitive Behavioral and Psychodynamic Therapies: Points of Intersection and Divergence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 463–490.  
<https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.463>
- Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E., & Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173–190. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1323666>
- Ribeiro, E. (2019). *Aliança Terapêutica: Da Teoria À Prática Clínica* (2nd ed.). Psiquilibrios Edições.
- Robak R. W. (2001). Self-definition in psychotherapy: Is it time to revisit self-perception theory? *North American Journal of Psychology*, 3(3), 529–534.
- Rogers, E. M. (1976). Communication and Development: The Passing of the Dominant Paradigm. *Communication Research*, 3(2), 213–240.  
<https://doi.org/10.1177/009365027600300207>
- Roskes, M., Elliot, A. J., & De Dreu, C. K. W. (2014). Why is avoidance motivation problematic, and what can be done about it? *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 133–138. <https://doi.org/10.1177/0963721414524224>
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors*, 20(3), 279–297. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)00072-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00072-7)
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 442–453. <https://doi.org/10.1037/a0021183>

- Ryum, T., Vogel, P. A., Walderhaug, E. P., & Stiles, T. C. (2015). The role of self-image as a predictor of psychotherapy outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(1), 62–68. <https://doi.org/10.1111/sjop.12167>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J. P., Bedics, J. D., & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation, patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 494–511. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.494>
- Shick Tryon, G., Birch, S. E., & Verkuilen, J. (2019). Goal Consensus and Collaboration - Volume 1: Evidence Based Therapist Contributions. In J. Norcross & M. Lambert (Eds.), *Psychotherapy Relationships That Work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 167–204). Oxford University Press.
- Showers, C. J., Ditzfeld, C. P., & Zeigler-Hill, V. (2015). Self-Concept Structure and the Quality of Self-Knowledge. *Journal of personality*, 83(5), 535–551. <https://doi.org/10.1111/jopy.12130>
- Slavin-Mulford, J., Hilsenroth, M., Weinberger, J., & Gold, J. (2011). Therapeutic interventions related to outcome in psychodynamic psychotherapy for anxiety disorder patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(4), 214–221. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182125d60>
- Tasca, G. A., & Gallop, R. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4-5), 429–437. <https://doi.org/10.1080/10503300802641444>
- Town, J. M., Hardy, G. E., McCullough, L., & Stride, C. (2012). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(2), 208–219. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.637243>
- Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*

- (WPA), 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2nd ed.). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Watson, V. C., Cooper, M., McArthur, K., & McLeod, J. (2012). Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(1), 77-89.  
<https://doi.org/10.1080/13642537.2012.652395>
- Westermann, S., Holtforth, M., & Michalak, J. (2019). Motivation in Psychotherapy. In R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford Handbook of Human Motivation* (pp. 415–442). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190666453.013.23>
- Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 58–71.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.392>
- Yoshida, E. M. P., Eliseu, S., Silva, F. R. de C. S., Finotelli, I., Sanches, F. M., Penteadó, E. F., Massei, A. C., Rocha, G. M. A., & Enéas, M. L. E. (2009). Psicoterapia psicodinâmica breve: estratégia terapêutica e mudança no padrão de relacionamento conflituoso. *Psico USF*, 14(3), 275–285.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300004>

