



Instituto Universitário da Maia

Ano letivo 2016/2017

Produtividade emocional e aliança terapêutica em dois casos contrastantes de sucesso e
insucesso terapêutico em Terapia Focada nas Emoções

Catarina Isabel Moreira Meireles, N.º 21864

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Carla Alexandra Castro Cunha

Junho, 2017

Agradecimentos

Professora Doutora Carla Cunha

Dr.^a Sara Silva

Clara Aguiar

Isabel Oliveira

Família

“Não sou nada

Nunca serei nada

Não posso querer ser nada

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo”.

(Fernando Pessoa, Tabacaria)

Resumo

O presente estudo tem por objetivo contribuir para a compreensão da evolução da produtividade emocional e da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico em dois casos contrastantes (sucesso e insucesso terapêutico) de Terapia Focada nas Emoções (TFE) para a depressão. De acordo com estudos prévios, a produtividade emocional e a aliança terapêutica têm sido consideradas preditoras do sucesso terapêutico; desta forma torna-se pertinente compreender como estas variáveis se relacionam em TFE e de que forma estas podem informar novos psicoterapeutas no sentido de fomentar o sucesso terapêutico. Neste estudo foram analisados dois casos contrastantes (sucesso e insucesso terapêutico) do *ISMAI Depression Study* (Salgado, 2014). Foram usadas cinco sessões de cada caso (sessões 1, 4, 8, 12 e 16), analisadas segundo a produtividade emocional (com a escala *Client Emotional Productivity Scale Revised*) e a ativação emocional (com a escala *Client Emotional Arousal Scale-III*) ao longo das sessões. Para a análise da sintomatologia depressiva e geral e aliança terapêutica, foram usadas as medidas *Beck Depression Inventory – II*, *Outcome Questionnaire – 45* e *Working Alliance Inventory – Short Form*, respetivamente. Os resultados indicam diferenças ao nível da evolução da produtividade emocional e da aliança terapêutica nos casos em análise. No caso de sucesso verifica-se que, quando a produtividade emocional e a aliança terapêutica aumentam, a sintomatologia depressiva diminui ao longo da terapia. Quanto à aliança terapêutica, verifica-se um aumento da aliança que acompanha o aumento da produtividade emocional. No caso de insucesso, que exhibe menor produtividade emocional ao longo do processo, evidencia-se que à medida que a não produtividade aumenta a sintomatologia depressiva aumenta e a aliança diminui, sendo acompanhada da diminuição da produtividade emocional. Nos dois casos

contrastantes, em relação aos fatores que compõem a WAI, verificou-se que a produtividade emocional aumenta no mesmo sentido da escala de objetivos ao longo do processo.

Palavras-chave: Terapia Focada nas Emoções; Produtividade emocional; Aliança terapêutica

Abstract

The present study aimed to contribute to the understanding of the evolution of emotional productivity and the therapeutic alliance throughout the therapeutic process of two contrasting cases (good and poor outcome) in Emotion Focused Therapy (TFE) for depression. According to previous studies, emotional productivity and therapeutic alliance have been considered predictors of therapeutic improvement. This way, it becomes pertinent to understand how these variables are related in TFE and in what way psychotherapists can foster a better outcomes. In this study, two contrasting cases (good and poor outcome) of the ISMAI Depression Study (Salgado, 2014; Foundation for Science and Technology Grant PTDC / PSI PCL / 103432/2008) were analyzed. Five sessions of each case (sessions 1, 4, 8, 12 and 16) were analyzed according to emotional productivity (according to the Client Emotional Productivity Scale Revised scale) and emotional arousal (with the Client Emotional Arousal Scale-III). Measurements of depressive symptoms, (through the Beck Depression Inventory – II; Beck, Steer & Brown, 1996; Portuguese version by Coelho, Martins & Barros, 2002), general symptomatology (through the Outcome Questionnaire – 45; Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar, 1996; Portuguese version by Machado & Fassnacht, 2014) and the therapeutic alliance (through the Working Alliance Inventory – Short Form; Machado & Ramos, 2006) were also used for the analysis of these sessions. Results indicate differences in the evolution of emotional productivity and therapeutic alliance in the two cases under analysis. In the good outcome case, emotional productivity and the therapeutic alliance increase throughout the therapeutic process and are accompanied by the decrease of depressive symptoms. In the poor outcome case, non-productivity increases along with the depressive symptomatology and the alliance that

accompanies the decrease in emotional productivity. In both cases, in relation to the factors that constitute the WAI, it was verified that as the emotional productivity increases the goals scale tends to increase.

Keywords: Emotion-Focused Therapy; Emotional productivity; Therapeutic Alliance

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I- TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES	3
Princípios de mudança emocional	6
CAPITULO II- PRODUTIVIDADE EMOCIONAL E ALIANÇA TERAPÊUTICA EM TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES	8
Produtividade Emocional em Terapia Focada nas Emoções	8
Investigação empírica no âmbito da Produtividade Emocional em Terapia Focada nas Emoções	14
Aliança Terapêutica	16
Investigação empírica no âmbito da Aliança Terapêutica e da produtividade emocional em TFE	20
CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO	21
Questões de investigação	21
Participantes	22
Cientes	23
Terapeuta	25
Investigadoras/Juízas	25
Terapia	26
Medidas	27
Medidas de processo	27
<i>Client Emotional Productivity Scale</i>	27
<i>Client Emotional Arousal Scale-III</i>	27
<i>Working Alliance Inventory – Short Form (WAI)</i>	28
Medidas de resultado	29

<i>Beck Depression Inventory-II (BDI- II)</i>	29
<i>Outcome Questionnaire-45</i>	29
Procedimentos	30
<i>Procedimentos de avaliação de processo</i>	31
<i>Fase de treino</i>	31
<i>Fase de codificação qualitativa independente</i>	31
<i>Procedimentos de análise de dados</i>	31
<i>Fidelidade inter-juízes</i>	32
Resultados	32
<i>Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo dos processos terapêuticos</i>	32
<i>Produtividade emocional e aliança terapêutica</i>	34
<i>Relação entre produtividade emocional e aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico</i>	35
<i>Evolução da produtividade emocional e dos fatores da WAI (cliente e terapeuta)</i>	36
<i>Relação entre produtividade emocional e os fatores da WAI do cliente e terapeuta</i>	39
<i>Produtividade emocional e discordância da aliança terapêutica</i>	39
<i>Relação entre a discordância da aliança terapêutica do cliente e terapeuta e produtividade emocional</i>	41
<i>Evolução da produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional das sessões 4 e 12 de ambos os casos</i>	41
Discussão	45
Conclusão, limitações do estudo e futuras investigações	50
Referências Bibliográficas	51

Índice de Tabelas

Tabela 1 Marcadores e Tarefas (Pos & Greenberg, 2007)	6
Tabela 2 Nível de Sintomatologia depressiva (BDI-II), geral (OQ-45) do cliente, percepção da aliança terapêutica (WAI) do cliente e terapeuta nos dois casos clínicos.	25
Tabela 3 Discordância da WAI do cliente e terapeuta	39

Índice de Figuras

Figura 1 Produtividade emocional e sintomatologia depressiva e geral no caso de sucesso e insucesso (respetivamente).....	33
Figura 2 Produtividade emocional e aliança terapêutica do cliente no caso de sucesso e insucesso (respetivamente).....	34
Figura 3 Produtividade emocional e fatores da WAI do cliente nos casos de sucesso e insucesso terapêutico (respetivamente).....	37
Figura 4 Produtividade emocional e fatores da WAI do cliente nos casos de sucesso e insucesso terapêutico (respetivamente).....	38
Figura 5 Produtividade emocional e discordância da aliança terapêutica nos casos de sucesso e insucesso (respetivamente).....	40
Figura 6 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade da sessão 4 do caso A (sucesso terapêutico).....	42
Figura 7 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional da sessão 4 do caso B (insucesso terapêutico).....	42
Figura 8 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional da sessão 12 do caso A (sucesso terapêutico).....	43
Figura 9 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional da sessão 12 do caso B (insucesso terapêutico).....	43

INTRODUÇÃO

As emoções exercem uma grande influência nas vivências do cliente, manifestando-se em diferentes aspectos, nomeadamente no funcionamento biológico, psicológico e social (Lazarus, 1991). Estas são manifestadas através de como o cliente se integra e envolve com o mundo e, geralmente, é o sofrimento emocional a causa que leva as pessoas a recorrerem à terapia (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & Roten, 2015).

As emoções em psicoterapia, bem como os processos emocionais associados, são consideradas por muitos autores como as condições facilitadoras da mudança terapêutica, salientando os processos emocionais como os mecanismos de mudança e a forma de compreender o que muda em terapia (Greenberg, 2010; Greenberg & Safran, 1989; (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & de Roten, 2015). Em particular, a Terapia Focada nas Emoções (TFE) usa intencionalmente o potencial adaptativo das emoções (Greenberg & A. Pascual-Leone, 2006; Greenberg & Safran, 1989). Nesta perspetiva, as emoções encaram a função de orientar o cliente para a ação, bem como para a concretização das necessidades subjacentes. Assim, a TFE enfatiza as emoções como a bússola para o cliente e para o terapeuta, guiando-os no acesso aos desejos ou necessidades e ajudando o cliente na adaptação e na sobrevivência. Em contraste, as emoções podem tornar-se desadaptativas quando baseadas em sobreaprendizagens prévias, por vezes traumáticas ou negativas, muitas das vezes resultado de esforços recorrentes para lidar com acontecimentos de vida passados não ajustados às circunstâncias presentes (Greenberg, 2004; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Em TFE processamento emocional é considerado um mecanismo fundamental para a mudança terapêutica (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & de Roten, 2015). Este constructo de processamento emocional é definido como o processamento de episódios emocionais disponíveis à consciência, que permitem a resolução de problemas, construção de novos

significados e a transformação das emoções desadaptativas por outras adaptativas (Auszra & Herrman, 2007). O processamento emocional remete também para a qualidade da aliança terapêutica, ou seja, é necessário considerar o contexto interpessoal em que as experiências emocionais ocorrem (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Deste modo, uma relação terapêutica adequada surge como um pré-requisito importante para que a experiência emocional seja mais profunda e potencialmente mais transformadora (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & de Roten, 2015).

O conceito de produtividade emocional surge com base nos princípios do processamento emocional em TFE, referindo-se à forma como o processo terapêutico progride para ir de encontro aos objetivos terapêuticos ou à mudança terapêutica desejada em termos de transformação emocional (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010). O conceito surge da necessidade de promoção de um mapa interno à TFE que possa distinguir as expressões emocionais que proporcionam a obtenção dos objetivos (denominadas de emoções primárias) ou distinguir as emoções que estão a bloquear a concretização do processo de mudança (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010).

Em TFE aliança terapêutica acompanha os três princípios fundamentais do estabelecimento de uma relação terapêutica empática e facilitadora, nomeadamente a sintonia empática, acompanhar o fluir da experiência emocional do cliente momento a momento e a comunicação que assenta na genuinidade e na promoção de confiança e colaboração mútua, uma vez que o terapeuta deve facilitar o envolvimento do cliente das tarefas que surgem em terapia (Greenberg, 2014).

CAPITULO I- TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES

A Terapia Focada nas Emoções (TFE) surgiu nos finais dos anos 80, denominada como Terapia Processual-Experiencial (PE). Tem como base teórica as perspetivas humanistas, a terapia experiencial, fenomenológica e construtivista (Elliott & Greenberg, 2007). Na sua prática, esta modalidade integra a terapia humanista e os princípios relacionais centrada no cliente de Carl Rogers (Rogers, 1961, Pos & Greenberg, 2007) e, em particular, o papel facilitador da empatia, bem como a sua conjugação com técnicas experienciais provenientes da *Gestalt*-terapia (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) e da *Focusing Oriented Psychotherapy* (Gendlin, 1996). A TFE é uma abordagem empiricamente apoiada, apresentando evidências empíricas no tratamento de problemas conjugais, depressão, ansiedade, perturbações alimentares, problemas conjugais e interpessoais (Greenberg, 2010).

O processo terapêutico em TFE envolve três fases de tratamento: a fase inicial, que enfatiza a tomada de consciência das emoções, a fase intermédia, centrada na evocação e exploração de experiências emocionais, e a fase final, focada na transformação e criação de novas emoções alternativas. Na fase inicial, o terapeuta deve proporcionar um ambiente empático de validação das emoções, a promoção da consciencialização da experiência, bem como o estabelecimento colaborativo dos objetivos para o processo terapêutico. Na fase intermédia, o objetivo é trabalhar com o cliente num nível mais profundo, permitindo o acesso às emoções primárias adaptativas e desadaptativas, para assim identifica-las e desmistifica-las, com a ajuda de técnicas específicas, como por exemplo o diálogo de duas cadeiras. Na fase final, pretende-se a promoção de novos significados através da construção de novas respostas emocionais ao nível cognitivo e comportamental, de modo a se atingirem narrativas que reflitam um sentido mais integrado do *self* (Cunha et al., 2016; Greenberg, 2010).

Os princípios de tratamento são subdivididos em princípios relacionais e princípios de tarefas, que orientam a posição e a ação dos terapeutas (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). Os princípios de tratamento têm como objetivo fornecer condições que facilitem o envolvimento coparticipado numa relação terapêutica que se quer segura, facilitadora e focada nas tarefas, de modo a que o cliente possa expressar, explorar e aprofundar a sua dor emocional. Os princípios relacionais envolvem a sintonia empática, o vínculo terapêutico e a colaboração nas tarefas. Com a sintonia empática pretende-se o acompanhamento da experiência do cliente momento a momento, já que o terapeuta entra no mundo do cliente e percebe os seus significados. O vínculo terapêutico envolve também a compreensão e validação da experiência que é devolvida ao cliente; por fim, através do processo de colaboração terapêutica pretende-se que o terapeuta oriente e facilite a colaboração nas tarefas, trabalhando-se no sentido de objetivos terapêuticos acordados com o cliente e tomando o cliente como um agente ativo, central no processo terapêutico (Greenberg, 2010).

Relativamente aos princípios das tarefas, estes são caracterizados pela promoção do processamento experiencial, da conclusão de tarefas e do desenvolvimento do cliente. O processamento experiencial remete para os diversos momentos do cliente ao longo da terapia, de onde provêm diferentes e produtivas formas de processar e expressar o estado interno. A conclusão de tarefas terapêuticas exige um papel ativo do cliente no processo, com o auxílio do terapeuta na orientação e facilitação da realização e conclusão das mesmas. Por último, o processo de auto-desenvolvimento é relativo à promoção da responsabilidade do cliente ao longo da terapia, explorando-se as competências de crescimento e o desenvolvimento pessoal, através da escuta ativa por parte do terapeuta (Greenberg, 2010).

Os diversos tipos de emoções bem como as dificuldades de processamento emocionais carecem de distintos tipos de intervenção (Paivio, 2013). O terapeuta acompanha o cliente momento a momento, respondendo de forma verbal e não-verbal às suas narrativas e

experiências emocionais. Isto pretende ajudar o cliente a simbolizar previamente a sua experiência implícita, bem como orientar a sua atenção para a exploração das problemáticas de uma forma mais profunda, acedendo a emoções primárias (Greenberg, 2010; Watson, 2010).

Para além da exploração empática, a intervenção em TFE deve ser guiada por marcadores particularmente indicados para determinados processos específicos do cliente, que se utilizam para chegar aos problemas ou dificuldades, de modo mais eficiente e profundo no decorrer da sessão (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, 2010). A identificação destes marcadores possibilita ao terapeuta a utilização de intervenções mais específicas ou tarefas correspondentes, para que o cliente possa explorar os seus acontecimentos de vida e promover-se um processamento emocional mais eficiente (Gonçalves et al., 2012; Pos & Greenberg, 2007). Os principais marcadores encontrados em clientes deprimidos são (cf. Tabela 1): reações problemáticas; sentimento pouco claro; divisão de auto-crítica (divisões entre partes de si em conflito); divisões de auto-interrupção; assuntos inacabados e vulnerabilidade (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

Tabela 1 Marcadores e Tarefas (Pos & Greenberg, 2007)

Marcadores	Definição	Tarefa	Exemplo
Reações problemáticas	Expressão de surpresa/confusão sobre respostas comportamentais e/ou emocionais em situações específicas.	Desdobramento evocativo sistemático.	“Sinto-me triste e não entendo porquê”.
Sentimento pouco claro	Confusão sobre o que sente ou sente que só tem acesso à superfície da experiência.	Focalização.	“Tenho este sentimento, mas não sei o que é”.
Divisão de auto-crítica	Conflito, ambivalência ou divisão interna, uma parte do self é a crítica ou coerciva face à outra.	Diálogo de duas cadeiras.	“Sou um incompetente, nunca vou conseguir fazer nada certo, não valho nada”.
Divisão de auto-interrupção	Uma parte do self interrompe ou limita a experiência emocional e a sua expressão.	Diálogo de duas cadeiras.	“Sinto-me muito triste, mas não vou chorar, não posso chorar”.
Assuntos inacabados	Situação/sentimento não resolvido ou mal resolvido, perdurável, face a um outro significativo.	Diálogo de cadeira vazia.	“O meu pai, nunca pude contar com ele, nunca estava lá quando eu precisei”.

Princípios de mudança emocional

A TFE adota, como princípio central no processo de mudança dos clientes, o intuito de alterar emoções com emoções de modo a utilizar a informação das emoções adaptativas para alterar os estados emocionais desadaptativos (Paivio, 2013). Os clientes são orientados no sentido de identificar, experienciar, explorar, atribuir significado, transformar e participar ativamente no processo, de forma a agilizar flexivelmente as suas emoções (Greenberg, 2010). Para isso, o terapeuta acompanha o cliente momento a momento focando-se na sua experiência interna (Greenberg, 2004; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). Progressivamente, a orientação do terapeuta permite a facilitação da reflexão sobre as emoções, de modo a gerar

novos significados e a transformar a auto-organização prévia desadaptativa (Greenberg, 2014). Esta abordagem terapêutica utiliza o potencial adaptativo das emoções para que os estados emocionais disfuncionais dos clientes sejam substituídos por outros mais adaptativos (Greenberg, 2010).

A TFE promove a mudança através do processamento emocional e dos processos de criação de significados emergentes. Nesta perspectiva, a mudança engloba cinco princípios de mudança emocional: a consciência, regulação, reflexão, transformação de emoções e o ambiente relacional (Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007; Greenberg, 2010). A consciência é um princípio de mudança essencial em TFE que permite o reconhecimento das emoções e o acesso às necessidades subjacentes. O terapeuta ajuda o cliente na exploração e aceitação das emoções orientando-o para a sua utilização adaptativa (Greenberg, 2007; Greenberg & Pascual Leone, 2006). O princípio referente à regulação diz respeito à capacidade de tolerar e regular a experiência emocional. Neste sentido, o terapeuta promove um ambiente relaxante, explorando com o cliente, ao nível cognitivo e experiencial, aspetos que possam descrever o que está efetivamente a sentir (Greenberg, 2007; Greenberg & Elliot, 2012). A reflexão tem como intuito dar sentido à experiência e assimilá-la. Desta forma, o cliente reconhece e aceita a experiência e é capaz de refletir sobre ela, atribuindo novos significados e desenvolvendo novas narrativas para aplicar e integrar a sua experiência emocional (Greenberg, 2010; Greenberg e Pos, 2006). A transformação tem como objetivo aceder às emoções desadaptativas, de modo a transformá-las em emoções adaptativas (Greenberg, 2002; Elliot & Greenberg, 2007). Nesta fase, o terapeuta facilita o acesso ao modo de processamento de esquemas prévios desadaptativos (Greenberg, 2010).

CAPITULO II- PRODUTIVIDADE EMOCIONAL E ALIANÇA TERAPÊUTICA EM TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES

Produtividade Emocional em Terapia Focada nas Emoções

Em TFE as emoções são conceitualizadas numa perspectiva fundamentalmente adaptativa, tendo como função orientar o cliente para a ação e para a concretização das necessidades subjacentes (Greenberg & Safran, 1989). Neste modelo as emoções são enfatizadas como bússolas para o cliente e para o terapeuta no acesso aos desejos ou necessidades, ajudando o cliente na adaptação e na sobrevivência. As emoções podem tornar-se desadaptativas quando baseadas em sobre-aprendizagens prévias, por vezes traumáticas ou negativas, muitas das vezes resultado de esforços recorrentes para lidar com acontecimentos de vida passados não ajustados às circunstâncias presentes. (Greenberg, 2004; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Em TFE as emoções são utilizadas pelo seu carácter informativo, avaliando-se se são adaptativas ou desadaptativas, e sugerem estratégias para avaliar e orientar o cliente para a mudança. As emoções são distinguidas em diferentes tipos de emoções ou respostas emocionais, nomeadamente: emoções primárias adaptativas ou desadaptativas, emoções secundárias e emoções instrumentais. As emoções primárias adaptativas são reações imediatas, inatas e entendem-se como respostas adequadas às situações que os clientes se encontram a experienciar; as emoções primárias desadaptativas são também imediatas, mas relacionadas com experiências negativas passadas, de sobre-aprendizagem (por exemplo, um acontecimento traumático que suscita medo); as emoções secundárias são respostas emocionais sociais e resultam de aprendizagens construídas através da interação com o meio (por exemplo, a vergonha por sentir medo); por fim, as emoções instrumentais são ativadas pelo efeito pretendido, ou seja, surgem com um intuito manipulativo (por exemplo, manifestar raiva com

a intenção de intimidar outrem (Greenberg, 2004; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Para além da importância da emoção no processo terapêutico, a TFE envolve a articulação da emoção e da experiência, através da ativação de um determinado esquema emocional. Os esquemas emocionais estão organizados em função das experiências e aprendizagens prévias, evocando determinadas memórias emocionais muitas vezes implícitas. Os esquemas emocionais podem tornar-se desajustados quando existe uma incapacidade do cliente de se adaptar aos acontecimentos. Quando as experiências emocionais dolorosas são repetitivas, estas afetam a flexibilidade individual, dando origem a estilos inflexíveis de resposta e a uma fraca adaptação à situação, gerando-se esquemas emocionais disfuncionais (Greenberg, 2004; Despland, Pascual-Leone, Despland & Roten, 2015). Os esquemas emocionais englobam cinco elementos distintos: o percetivo-situacional, corporal-expressivo, motivacional-comportamental, simbólico-concetual e o processo nuclear do esquema emocional (Greenberg, 2004; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

O processamento emocional é considerado um mecanismo fundamental para a mudança terapêutica (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & Roten, 2015), podendo ser entendido em duas perspetivas: a perspetiva inibitória, que pressupõe que a saúde mental está inteiramente relacionada com a inibição/regulação das emoções e a perspetiva transformacional, que entende que para além da regulação emocional é imprescindível o processo de criação de significado mais profundo para que o cliente possa experienciar as emoções na sua plenitude (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & Roten, 2015).

Em TFE o processamento emocional é definido como o processamento de episódios emocionais disponíveis à consciência, que permitem a resolução de problemas, construção de novos significados e a transformação das emoções desadaptativas por outras adaptativas (Auszra & Greenberg, 2007).

O processamento emocional remete para a qualidade da aliança terapêutica, ou seja, o contexto interpessoal em que as experiências emocionais ocorrem (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). A expressão e ativação emocional são fatores essenciais para o conceito de processamento emocional (Greenberg, 2010). Um estudo verificou que uma intensa ativação emocional e uma boa relação terapêutica perspetivam uma diminuição de sintomatologia depressiva e a melhoria dos relacionamentos interpessoais e da autoestima dos clientes (Missirlian et al., 2005).

O conceito de produtividade emocional em TFE surge com base nos princípios de processamento emocional implicados nesta terapia, referindo-se à forma como o processo terapêutico progride para de encontro aos objetivos terapêuticos ou à mudança terapêutica desejada, isto é, a transformação emocional de emoções primárias desadaptativas em adaptativas (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010). A produtividade emocional surge como forma de promover um mapa interno, que tenha como função a distinção das expressões emocionais que proporcionam a aquisição dos objetivos e/ou a distinção das emoções que possam estar a travar a concretização do processo de mudança (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010).

Em TFE a produtividade emocional ocorre quando a emoção primária adaptativa é desbloqueada. Assim, o cliente permite-se sentir uma emoção primária (mais adaptativa), ao invés de sentir a emoção secundária desadaptativa, facilitando-se desta forma o acesso às necessidades anteriormente suprimidas associadas ao acontecimento (Diamond, Sabo & Shahar, 2016). Quando o cliente experiencia as emoções primárias, poderá retirar a informação útil inerente às emoções e dispô-las ao serviço da resolução do problema ou transformar as emoções desadaptativas numa experiência emocional mais adaptativa (Auszra & Greenberg, 2007).

A produtividade emocional, tal como o processamento emocional, prevê a objetivação de três dimensões essenciais: a ativação emocional, o tipo de emoção e o modo de processamento (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010). As abordagens terapêuticas que se concentram no trabalho com emoções utilizam como alvo primário de intervenção e mudança, o papel das estruturas implícitas de significado afetivo e cognitivo, relativo à função e disfunção humana. Muitas das vezes estas estruturas não estão acessíveis à consciência, ou seja, necessitam de ser ativadas e experienciadas. A ativação emocional exige o experienciar das emoções no presente ao invés de as evitar ou racionalizar, sendo perceptíveis alguns sinais no comportamento verbal ou não verbal subjacente às emoções ativadas (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2010). As emoções ativadas têm que ser pertinentes para os objetivos terapêuticos do cliente, bem como devem ser processadas de forma a direcionar o cliente para a criação de novos significados (Auszra & Greenberg, 2007; Greenberg & Pascual-Leone, 2006). O tipo de emoção envolve a categorização das emoções primárias, secundárias e instrumentais (CEPS-R; Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2010).

Em TFE, o objetivo principal é orientar o cliente para a tomada de consciência das emoções de forma a aceitar e dar sentido à sua experiência emocional e para que seja possível autorregular-se e orientar-se para a ação. Desta forma, as necessidades suprimidas serão atendidas (Auszra & Greenberg, 2007; Greenberg, 2002). Em terapia, ativar a experiência emocional é uma ferramenta essencial para a mudança terapêutica; contudo, esta ativação não é suficiente, já que as emoções devem ser experienciadas na sua essência (ou seja, no acesso a emoções primárias, em detrimento dos outros tipos), refletidas e exploradas para que possamos retirar informação adaptativa e organizar-nos para a ação (Auszra & Greenberg, 2007). O modo de processamento permite o contacto direto com as emoções onde devem ser preenchidos sete

critérios (ou processos): o atender à experiência, simbolização, congruência, aceitar, regulação, agência e diferenciação (Greenberg, 2010). Estes processos serão explicados em seguida.

Quando o cliente atende às suas emoções primárias, este sente as emoções de uma forma consciente, o que facilita a sua identificação e o entendimento das suas reações corporais. Neste processo, o papel do terapeuta é essencial para facilitar o acesso às emoções. Para isso, o terapeuta deve focar a atenção do cliente nas suas sensações corporais internas ou externas e atender ao comportamento não-verbal. O terapeuta deve ainda direcionar o cliente para a tomada de consciência para que seja possível a identificação das formas de evitamento experiencial e bloqueio das emoções. Após as emoções primárias terem sido atendidas e experienciadas de uma forma consciente, segue-se a simbolização que consiste na capacidade de compreender o significado do que o cliente está a experienciar, de forma a conseguir descrevê-lo em palavras. Ao serem simbolizadas, o cliente poderá eficazmente utilizar o valor informativo subjacente às emoções primárias. O valor informativo usado permite a criação de novos significados e, por conseguinte, o desenvolvimento de novas narrativas para a sua experiência. Para se considerar produtivo emocionalmente, não é necessário a identificação exata das emoções, simplesmente deve ser avaliado o envolvimento no processo de tentar simbolizar o que está a experienciar (Greenberg, 2010; Greenberg & Elliott, 2012). Outro dos pontos a ser avaliado é a incongruência, que acontece quando o cliente não se permite experienciar as emoções na sua totalidade. Por exemplo, o cliente pode explorar a tristeza que sente relativamente a um determinado acontecimento; contudo, a nível não-verbal está a sorrir – este é um aspeto incongruente com a experiência interna, sugerindo evitamento emocional. O evitamento das emoções acontece devido ao receio do cliente de sentir por completo uma emoção dolorosa ou receio de ser julgado pelo terapeuta ou outrém. Para evoluir no processo terapêutico torna-se essencial que o cliente seja congruente; só assim é possível compreender a sua experiência e criar novos significados (Greenberg & Watson, 2006). O terapeuta, quando

se debate com as incongruências entre o comportamento verbal e não-verbal, para além da validação e aceitação das emoções suprimidas, deve orientar para a tomada de consciência da emoção primária ativada, dirigindo empaticamente a atenção para esta, em vez de se concentrar ou confrontar o cliente quanto à inconsistência do seu comportamento não-verbal (algo que seria mais típico de outras terapias).

O trabalho em TFE é altamente profundo e requer competências de regulação para se considerar produtivo emocionalmente, ao invés de ser altamente doloroso para o cliente. A ativação emocional é importante para se experienciar emoções; contudo, implica que o cliente seja capaz de desenvolver uma distância de trabalho para cognitivamente retirar a informação necessária para criação de significado (Gendlin, 1996).

Em TFE, o foco primordial é a profundidade do processamento emocional e não a sua intensidade. Desta forma, o cliente deve estar envolvido na sua experiência e ser capaz de se auto-regular para não ficar assoberbado emocionalmente. O terapeuta deve ajudar os clientes a focalizarem-se na sua experiência interna, centrarem-se na sua respiração e a desenvolver competências de regulação e alívio, por exemplo, da vergonha e ansiedade associados à experiência destas emoções. Outro ponto importante é a aceitação da experiência emocional, principalmente a mais dolorosa e incomodativa. A aceitação consiste na forma como o cliente responde à experiência: para se considerar produtivo emocionalmente, deve aceitar o que está a sentir sem avaliar negativamente as emoções e sem suprimir o que está a sentir. Esta aceitação da experiência emocional deve ser recebida como uma oportunidade de reter informação útil para o seu bem-estar emocional. Os terapeutas devem proporcionar ao cliente um ambiente seguro e empático, validando a sua complexidade. A falta de aceitação pode estar associada a cognições subjacentes às emoções experienciadas, que devem ser exploradas para desenvolver uma aceitação posterior das mesmas. A produtividade emocional prevê a autonomia do cliente no processo, ao invés de se sentir uma vítima passiva das

emoções. Desta forma, a mobilização da autonomia ou agência sugere que o cliente assuma a responsabilidade quanto à experiência, bem como a própria construção pessoal da experiência emocional. De uma forma mais simples, o cliente não deve atribuir ao contexto a forma como está a experienciar as suas emoções. Em terapia, esta responsabilização é essencial para o processo de mudança, pois o cliente deve ver-se como agente ativo e não perspetivar no terapeuta a solução das suas angústias. A agência tem um papel crucial, pois permite o envolvimento total do cliente na terapia, algo que origina ganhos significativos para o processo de mudança (Williams & Levitt, 2007). Por fim, a diferenciação, concerne ao processo de desenvolvimento da consciência emocional do cliente; ou seja, as emoções devem-se diferenciar ao longo do tempo, ao invés de permanecerem bloqueadas na mesma conjuntura. A diferenciação implica que o cliente experiencie as emoções de forma livre e espontânea e seja capaz de as perceber e apreender como distintas e diferenciadas. O terapeuta deve estar atento às direções do comportamento verbal e não-verbal a fim de identificar possíveis processos de supressão. Para promover a diferenciação, o terapeuta deve ter uma atitude exploratória verbal e não-verbal (Auszra & Greenberg, 2007).

Investigação empírica no âmbito da Produtividade Emocional em Terapia Focada nas Emoções

Um estudo recente verificou a eficácia da TFE e Attachment-Based Family Therapy (ABFT) direcionada para sentimentos de raiva associados aos pais (Diamond, Sabo & Shahr, 2016). Outra das hipóteses a testar na investigação é se o aumento da produtividade emocional do cliente prediz melhores resultados terapêuticos.

A investigação contemplou uma amostra de 32 participantes, com uma média de idade de 25 anos, 4 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. Os participantes foram recrutados através de anúncios publicados em duas cidades em Israel. Os anúncios ofereciam terapia

gratuita e breve para clientes que experienciaram níveis elevados de raiva em relação a um dos pais, onde esta raiva persistia pelo menos há 12 meses e atualmente interfere na qualidade do relacionamento com um dos pais. Os que responderam ao anúncio foram contactados pelo telefone para garantir o preenchimento dos critérios. Para além disso, os participantes foram informados que para participar o pai teria que concordar em participar em algumas sessões do tratamento. Todos os participantes, inclusive os pais, foram avaliados para descartar a presença de transtorno bipolar, distúrbios psicóticos, distúrbios de substância e/ou ideação suicida. Antes de se iniciar o tratamento, os participantes preencheram um questionário de autorrelato avaliando os níveis de sentimentos de raiva e sintomatologia ansiosa não resolvida em relação ao pai. Os participantes foram distribuídos para cada uma das terapias pelo critério de residência, ficando no total dois grupos de 16 participantes que receberam um total de 10 sessões semanais, em TFE e ABFT.

Para análise dos dados foi utilizado a escala Unfinished Business Resolution Scale (UFB-RS; Singh, 1994), usado para monitorizar a resolução do assunto inacabado, State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1988), usado para avaliar o estado atual de raiva relativo aos pais. Para a avaliação e monitorização da sintomatologia foi utilizado a Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis & Melisaratos, 1983) e Relationship Structures questionnaire (ECR-RS; Fraley, Waller & Brennan, 2000). De forma a avaliar a produtividade emocional foi utilizado o Emotional Productivity Scale-Revised (CEPS-R; Greenberg, Auszra, & Herrmann, 2007), previamente foram selecionados duas sessões de cada terapia (TFE e ABFT). Para a seleção das duas sessões de cada caso, foram consideradas as sessões com produtivas, que envolvessem no caso de ABFT episódios de anexo e em TFE a realização de tarefa de cadeira vazia. O terapeuta do caso foi convidado a selecionar as sessões mais produtivas emocionalmente com base nas notas prévias.

Os resultados do estudo sugerem que o processamento emocional é significativamente mais produtivo em TFE. Ao nível do processamento emocional produtivo, verificou-se que quando mais produtivo maior é a diminuição da sintomatologia presente. Os resultados verificados corroboram o estudo de Auszra e colaboradores (2013), no qual se verificou a diminuição da sintomatologia com o aumento da produtividade emocional em TFE. Desta forma, a investigação prévia sugere que a produtividade emocional prediz melhores resultados terapêuticos, traduzindo-se numa mudança emocional eficaz (Diamond, Sabo & Shahar, 2016).

No estudo de Costa (2016), resultado de uma dissertação de mestrado realizada no ISMAI, pretendeu-se analisar a relação entre a produtividade emocional em TFE em dois casos contrastantes (sucesso e insucesso), bem como a sua associação com situações de dano emocional. Neste estudo foram utilizados dois casos (sucesso e insucesso), de clientes com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major Moderada e que receberam 16 sessões de Terapia Focada nas Emoções. Foram analisadas 10 sessões de cada caso através de codificações de acordo com as escalas *Client Emotional Arousal Scale-III - CEAS-III*; (Warwar & Greenberg, 1999) e a *Client Emotional Productivity Scale Revised* (Warwar & Greenberg, 1999). Neste estudo constatou-se que o aumento da produtividade emocional indicava uma diminuição da sintomatologia depressiva. Assim, este estudo português corroborou o estudo de Greenberg e colaboradores (2007), verificando-se que o aumento da produtividade emocional surge associado a melhores resultados terapêuticos.

Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica é um conceito comum em todos modelos de psicoterapia (Bordin, 1979; Horvath, Del Re & Flückiger, 2011) sendo considerada, de forma transversal aos mesmos, uma parte essencial do processo e da relação terapêutica (Horvath, Del Re & Flückiger, 2011). Na origem mais consensual deste conceito, Bordin (1979, citado por Ribeiro,

2009) propôs que a aliança terapêutica contempla o laço emocional entre terapeuta e cliente e o acordo acerca dos objetivos e tarefas terapêuticas. Assim, a concetualização do conceito de aliança terapêutica enfatiza uma interdependência entre fatores técnicos e relacionais (Horvath, Del Re & Flückiger, 2011).

Atualmente, a aliança terapêutica reúne consenso como variável mais sólida de entre os fatores que constituem a mudança terapêutica e o entendimento geral é que esta funciona como preditora do sucesso terapêutico (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Assim, uma pobre qualidade na aliança terapêutica, numa fase inicial, está associada a uma maior propensão para a desistência dos clientes no processo terapêutico (Roos & Werbart, 2013; Sharf, Primavera & Diener, 2010). Um estudo feito através de uma meta-análise, com 190 bases de dados independentes, referentes a mais de 14000 intervenções, revelou que a relação entre a aliança terapêutica e o resultado terapêutico demonstram uma relação moderada e forte, sendo a variável aliança terapêutica responsável por um contributo de 7.5% na variância do resultado terapêutico final (Horvath, Del Re & Flückiger, 2011).

Apesar dos estudos apontarem a aliança terapêutica como uma variável preditora do sucesso terapêutico (Horvath, Del Re & Flückiger, 2011), ainda não é claro para a investigação os fatores que contribuem substancialmente para a determinação de uma aliança terapêutica positiva (Eames & Roth, 2000), persistindo a complexidade em determinar a relação causal entre a relação e o resultado terapêutico (Norcross & Lambert, 2011).

A aliança terapêutica pressupõe competências que o terapeuta deve idealmente apresentar como empatia, genuinidade, postura positiva incondicional (Rogers, 1957). Por outro lado, ao longo do processo terapêutico a aliança terapêutica não está dependente apenas das particularidades do terapeuta, visto que a terapia prevê uma relação colaborativa, onde o cliente detém o papel principal. Por outro lado, a competência empática do terapeuta irá

traduzir-se numa maior flexibilidade e adaptabilidade às necessidades do cliente, traduzindo o sucesso na aliança estabelecida (Gilbert, 2009).

A TFE percebe a experiência do cliente como profundamente organizada por experiências emocionais internas face aos acontecimentos externos, onde a emoção tem uma função central na organização da vida do cliente (Greenberg & Watson, 2005). Desta forma, a TFE foca-se nos processos internos do cliente e na experientiação emocional do cliente durante o processo terapêutico, com o objetivo de aceder aos esquemas emocionais (Greenberg, 2002).

Os terapeutas em TFE têm como princípio básico o estabelecimento de uma relação harmoniosa e empática de modo a promover a segurança e facilitar o desenvolvimento da aliança terapêutica (Greenberg e Watson, 2006). A relação entre terapeuta e cliente é estabelecida através de um terapeuta que está inteiramente presente, acompanhando a experiência do cliente momento a momento. Prevê, assim, uma comunicação genuína onde o terapeuta funciona como facilitador no envolvimento das tarefas em terapia (Greenberg, 2014). Dada a importância da aliança terapêutica ao nível dos resultados terapêuticos, tem aumentado o interesse dos terapeutas no treino e supervisão com o fim de melhorar as competências da aliança (Despland, & de Roten, 2015).

A aliança terapêutica em TFE é composta por três princípios fundamentais: a sintonização empática, que se refere ao acompanhar da experiência emocional do cliente momento a momento; a ligação terapêutica, designando que deve existir uma comunicação que assenta na genuinidade; e, por último, a colaboração nas tarefas, que refere que o terapeuta deve facilitar o envolvimento das tarefas que surgem em terapia (Greenberg, 2014).

Em TFE a aliança terapêutica funciona com dois objetivos fundamentais: em primeiro está a relação entre paciente e cliente, que é terapêutica por si só e serve como regulação de afeto que vai sendo internalizada pelo cliente ao longo do tempo. Esta relação é conseguida essencialmente através de uma relação empática, de validação, congruência e aceitação do

cliente, por parte do terapeuta. Outro dos objetivos da relação terapêutica é que esta funcione como um meio para atingir determinado fim. Assim, a relação terapêutica deve fornecer o ambiente ideal para funcionar como variável facilitadora do processamento emocional do cliente (Greenberg, 2007).

A aliança terapêutica está contida em fatores que podem influenciar a sua qualidade, como a motivação e expectativas do cliente. Clientes que recorrem à terapia com maior motivação fomentam alianças mais estáveis com os seus terapeutas (Laws et al., 2017). A relação entre cliente e terapeuta pode sofrer algumas discrepâncias no que respeita à sua classificação; contudo, esta divergência é mais evidente no início da terapia e atenua de forma convergente ao longo do processo (Laws et al., 2017). Para facilitar a compreensão das divergências/convergências entre cliente e terapeuta torna-se importante analisar esta dimensão numa perspetiva dinâmica, ou seja, como uma dimensão que é flexível e pode sofrer flutuações ao longo do processo terapêutico, inclusive segundo as perspetivas dos seus intervenientes – terapeuta e cliente (Swift & Callahan, 2009). Ou seja, a discrepância nas classificações entre terapeuta e cliente quanto às suas percepções acerca da aliança podem refletir uma ausência de acordo no que respeita aos objetivos terapêuticos, algo que poderá bloquear o processo de mudança (Eubanks-Carter, Muran e Safran, 2010). Assim, a diferença percebida no acordo dos objetivos e tarefas em terapia podem ser entendidas como assintonias ou até como ruturas nas alianças, denotando resultados menos positivos no tratamento. Por outro lado, uma colaboração apoiada na confiança e transmissão segurança ao cliente, irá traduzir-se numa qualidade terapêutica mais estável e numa diminuição das discrepâncias entre os intervenientes quanto às suas percepções da aliança terapêutica (Horvath e Bedi, 2002).

Investigação empírica no âmbito da Aliança Terapêutica e da produtividade emocional em TFE

Focando agora em estudos no âmbito da aliança terapêutica e produtividade emocional em TFE, o estudo de Auszra e colaboradores (2013) teve não só como objetivo a análise da validade preditiva da produtividade emocional do cliente, bem como comparar esta dimensão com o poder preditivo das variáveis ativação emocional e aliança terapêutica. A amostra foi de 74 participantes com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente para Terapia Centrada no Cliente e TFE com foco na depressão, com um total de 16 a 20 sessões de uma hora. No estudo foram usadas três escalas *Client Emotional Productivity Scale-Revised* (CEPS-R) (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010), a *Client Expressed Emotional Arousal Scale-III* (CEAS-III) (Warwar & Greenberg, 1999). Para a codificação das escalas supracitadas foram utilizadas gravações em vídeos das sessões onde foram codificados 20 segmentos de cada sessão (onde cada minuto era codificado segundo os pressupostos das escalas). Foram ainda analisados os dados resultantes da aplicação da escala *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath & Greenberg, 1986, 1989, as cited in Auszra et al., 2013), de forma a avaliar a qualidade da relação ao longo da terapia.

A comparação das diferenças entre grupos evidenciou que a uma maior produtividade do cliente está relacionada com a diminuição da sintomatologia. O processamento emocional produtivo concebe a relação entre a aliança terapêutica e o resultado em terapia, tornando-se mais relevante do que uma simples ativação emocional e experiência emocional (Auszra et al., 2013).

Por seu turno, a investigação de Moreira (2015), que decorreu de uma dissertação de mestrado realizada no ISMAI, pretendeu analisar o processo de produtividade emocional, ativação emocional e a aliança terapêutica em dois casos contrastantes (sucesso e insucesso) em TFE.

Os participantes eram do sexo feminino e foram recrutados através do projeto “Descentração e mudança em psicoterapia”, através de um ensaio clínico e tratamentos psicoterapêuticos na depressão ligeira ou moderada sem farmacoterapia, desenvolvido no ISMAI. Os participantes preencheram os critérios para Perturbação Depressiva Major sem comorbidade com outras perturbações. Os dois casos foram codificados e analisados através de vídeos das sessões 1, 4, 8, 12 e 18 as escalas CESP-R (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010) e a CEAS-III (Warwar & Greenberg, 1999).

Foi analisada a associação entre as variáveis produtividade emocional, ativação e aliança terapêutica, constatando-se que no caso de sucesso terapêutico predomina ao longo do processo terapêutico um aumento da produtividade emocional, comparativamente ao caso de insucesso que se verificou um predomínio da não produtividade. Ao nível da sintomatologia o estudo verificou que há medida que a produtividade emocional aumento a sintomatologia depressiva e geral diminui. O mesmo acontece com a aliança terapêutica, onde se verificou que há medida que a produtividade emocional aumento a aliança não só evolui ao longo do processo terapêutico como se mantém estável.

CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO

Questões de investigação

Na sequência dos estudos efetuados anteriormente, a presente investigação pretende analisar a evolução da produtividade emocional e da aliança terapêutica em dois casos contrastantes (sucesso e insucesso terapêutico) em TFE. O presente estudo pretende contribuir para a investigação nestas variáveis, de forma a colmatar a escassez de estudos e, por sua vez, aumentar o interesse e importância que têm para o conhecimento sobre o processo de mudança

emocional em psicoterapia. Em particular, apontam-se as seguintes questões de investigação, como forma de compreender as variáveis em estudo e a sua relação nestes dois casos de TFE:

1. Como evolui a produtividade emocional e a sintomatologia depressiva e geral dos clientes ao longo dos processos terapêuticos de um caso de sucesso e insucesso em TFE?
2. Qual a relação entre a produtividade emocional e a sintomatologia depressiva e geral dos clientes ao longo destes processos terapêuticos?
3. Como evolui a produtividade emocional e a aliança terapêutica (na perspetiva do cliente e do terapeuta) ao longo destes dois casos?
4. Qual a relação entre produtividade emocional e aliança terapêutica (na perspetiva do cliente e do terapeuta) ao longo destes processos terapêuticos?
5. Como evolui a produtividade emocional e os fatores da WAI do cliente e terapeuta ao longo destes dois casos?
6. Qual a relação entre produtividade emocional e os fatores da WAI do cliente e terapeuta ao longo destes processos terapêuticos?
7. Como evolui a discordância da aliança terapêutica (contrastando as perspetivas do cliente e terapeuta) e a produtividade emocional ao longo destes dois casos?
8. Qual a relação entre a discordância da aliança terapêutica (contrastando as perspetivas do cliente e terapeuta) e a produtividade emocional ao longo destes processos terapêuticos?
9. Como evolui a produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional nas sessões 4 e 12 nestes dois casos contrastantes de TFE?

Participantes

Os participantes do presente estudo foram selecionados do estudo *ISMAI Depression Study* (Salgado, 2014) financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia com referência PTDC/PSI PCL/103432/2008, realizado no ISMAI. Trata-se de um ensaio clínico aleatorizado

onde se procedeu à análise comparativa da eficácia da Terapia Focada nas Emoções e da Terapia Cognitivo-Comportamental, no tratamento de clientes diagnosticados com Perturbação Depressiva Major ligeira a moderada.

Ambos os participantes preencheram os critérios de inclusão neste estudo, nomeadamente uma apresentação clínica congruente com o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major de intensidade ligeira a moderada, avaliado através da aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR (First, Spitzer, Gibbon, Williams e Benjamin, 2002). Os participantes do presente estudo foram aleatoriamente distribuídos para o tratamento em Terapia Focada nas Emoções, durante 16 sessões semanais e selecionados para o presente estudo por serem casos contrastantes quanto ao resultado terapêutico (sendo um caso de sucesso e um caso de insucesso), embora tenham sido atendidos pelo mesmo terapeuta.

Clientes

O caso “A” (nome fictício) (sucesso terapêutico) é do sexo masculino, solteiro, de 42 anos de idade e completou o ensino superior. Quando iniciou o processo terapêutico foi diagnosticado com Perturbação Depressiva Major, moderada, recorrente (APA, 2002). No início da terapia apresentava como dificuldade os problemas ocupacionais nomeadamente a saturação e frustração face às atividades laborais e de lazer. Ao longo da terapia surgiram problemas relativos ao grupo de apoio primário, especificamente com a mãe, relacionado com situações vividas na infância. Ao nível da sintomatologia depressiva o participante apresentou na sessão 1 (17 pontos) considerando níveis de depressão ligeira. Ao longo das sessões os valores do BDI-II diminuíram gradualmente, obtendo na sessão 16 (6 pontos) níveis de sintomatologia depressiva. Relativamente à sintomatologia geral, verificou-se na sessão 1 (66 pontos) sintomatologia com relevância clínica nas restantes sessões e até ao final do processo os níveis enquadram-se em sintomatologia sem relevância clínic. Obtendo na sessão 16, 48

pontos. O participante do caso A foi considerado um caso de sucesso, verificando-se uma mudança nos níveis de sintomatologia significativa comparativamente ao início e final do processo terapêutico. O participante apresenta uma diminuição da sintomatologia depressiva de 17 pontos para 6 pontos, atingindo o *Reliable Change Index* (RCI) (Jacobson & Truax, 1991) no final do processo terapêutico (ver tabela 2).

O caso “B” (nome fictício) (caso de insucesso terapêutico) é do sexo feminino, casada, de 48 anos de idade e completou o ensino superior. Quando iniciou o processo terapêutico foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Major, moderada, recorrente (APA, 2002). As dificuldades apresentadas no início da terapia eram essencialmente relativas a problemas com o grupo de apoio primário, nomeadamente ao nível da vivência de conflitos com o marido e a família do marido. Surgiram também problemas ocupacionais, que se prendiam com a insatisfação laboral. Este problema está intimamente relacionado com o anterior, visto que a situação laboral era vivida em conjunto com a família do marido, sendo daqui que advinham os conflitos. Ao nível da sintomatologia depressiva a participante apresentou na sessão 1 (25 pontos) considerando níveis de depressão moderada. Nas sessões posteriores houve uma diminuição para níveis de depressão ligeira, apresentando na sessão 12 (23 pontos) um aumento para depressão moderada. Na sessão 16 (13 pontos) verifica-se uma diminuição para sintomatologia ligeira. Quanto à sintomatologia geral na sessão 1 (93 pontos) apresentando valores de sintomatologia que possuíam relevância clínica. Apesar de se verificar uma mudança ao longo do processo a participante manteve-se sempre em níveis de sintomatologia com relevância clínica (ver tabela 2). A participante do caso B considerado um caso de insucesso terapêutico, verificando-se uma mudança nos níveis de sintomatologia pouco significativa comparativamente ao início e final do processo terapêutico. A participante apresenta uma diminuição da sintomatologia depressiva de 25 pontos para 13 pontos, contudo não cumprindo

o critério do *Reliable Change Index* (RCI) (Jacobson & Truax, 1991) para ser considerada um caso de sucesso terapêutico (cf. Tabela 2).

Tabela 2 Nível de Sintomatologia depressiva (BDI-II), geral (OQ-45) do cliente, percepção da aliança terapêutica (WAI) do cliente e terapeuta nos dois casos clínicos.

Cliente		Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
Caso A	BDI-II	17	15	14	13	6
	OQ-45	66	57	55	57	48
	WAI C	46	57	58	60	58
	WAI T	61	65	72	77	80
Caso B	BDI-II	25	19	18	23	13
	OQ-45	93	89	82	85	72
	WAI C	43	51	44	44	44
	WAI T	60	55	64	64	68

Terapeuta

O terapeuta que acompanhou as sessões dos dois casos clínicos é do sexo masculino. Tinha 31 anos e dois anos de experiência profissional no início do tratamento. Recebeu treino específico em TFE para atendimento de casos no projeto. Este treino consistiu em cerca de 80 horas de treino no modelo de TFE, tendo em consideração o protocolo da depressão (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Watson & Greenberg, 2006). Ao longo de todo o ensaio clínico os terapeutas do projeto tiveram sessões de supervisão semanal dos casos de intervenção, mediante a visualização dos vídeos das sessões.

Investigadoras/Juízas

As juízas do presente estudo foram duas investigadoras do sexo feminino, com diferentes graus académicos. Uma é licenciada em Psicologia, autora da presente dissertação, com 26 anos de idade e frequenta o 2.º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. A segunda juíza é licenciada em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, com 28 anos de idade. Atualmente encontra-se a frequentar o doutoramento em Psicologia Clínica e

tem 3 anos de experiência clínica. Esta investigadora era a única com experiência na Escala de Produtividade Emocional, tendo treinado a aluna de mestrado numa fase prévia à codificação qualitativa das sessões em estudo no presente trabalho.

Terapia

A Terapia Focada nas Emoções pressupõe que a mudança duradoura depende essencialmente da mudança emocional. Assumindo o princípio base de “mudar emoção com emoção” (transformação de emoções desadaptativas por adaptativas), esta terapia entende que as emoções nos preparam e orientam para a concretização das nossas necessidades, sendo a mudança passível quando a pessoa toma consciência das emoções de forma a usá-las produtivamente. Em Terapia Focada nas Emoções o terapeuta explora e orienta a pessoa no acesso à experiência, a fim de promover a autorreflexão. Facilitando o reconhecimento do problema para a diminuição do sofrimento emocional (Greenberg, 2002; Elliott & Greenberg, 2004; Greenberg, 2014). A intervenção em TFE deve ser guiada por marcadores de processo do cliente para se chegar aos problemas ou dificuldades, onde através de comportamentos, no decorrer da sessão, é determinado se o cliente está pronto para trabalhar num problema específico ou tarefa (Elliott & Greenberg, 2007, Greenberg, 2010). Os marcadores possibilitam ao terapeuta a utilização de intervenções específicas, para que o cliente possa explorar os seus acontecimentos de vida (Angus, 2012). Os marcadores principais são caracterizados pôr: Reações problemáticas que têm como tarefa específica o desdobramento evocativo sistemático; Sentimento pouco claro cuja é a focalização; Divisão de auto-crítica (divisões entre partes de si em conflito) e divisões de auto-interrupção que têm como tarefa o diálogo ou trabalho de duas cadeiras e, finalmente, o marcador de Assuntos inacabados, ao qual corresponde a tarefa do diálogo da cadeira vazia (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

Medidas

Medidas de processo

Client Emotional Productivity Scale – Revised (CEPS-R) (CEPS-R; Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2010). É um instrumento que avalia a produtividade das expressões emocionais do cliente em psicoterapia. A avaliação realiza-se por uma escala de 5 pontos. Codifica-se segundo a seguinte pontuação: com 0 quando os dados são inqualificáveis, 1 quando não produtivo, 2 quando expressa mas não experiencia, 3 quando sem expressão emocional e 4 quando produtivo. Considera-se produtivo quando o cliente atende a três dimensões fundamentais como: ativação emocional, tipo de emoção e modo de processamento (atender, simbolização, congruência, aceitação, regulação e agência e diferenciação), tendo que cumprir todos os critérios sem exceção.

Client Emotional Arousal Scale-III (Warwar & Greenberg, 1999). É um instrumento que avalia a intensidade emocional observada e expressa pela pessoa. A avaliação realiza-se através de uma escala de intensidade de 7 pontos onde os níveis mais altos de escala indicam uma maior ativação emocional. A escala é utilizada com base na avaliação de vídeos de sessões de psicoterapia, quando a pessoa demonstra tendência para a ação através da emoção ou reconhece e experiencia uma emoção. Quando se codifica a ativação emocional deve ser considerada uma listagem de emoções entendidas como relevantes nas sessões de psicoterapia, tais como: dor/mágoa, tristeza, desesperança/desamparo, solidão, raiva/ressentimento, desprezo, medo/ansiedade, culpa/vergonha, raiva e tristeza, orgulho e raiva, surpresa/choque (codificadas como emoções de valência negativa) e amor, alegria, calma/alívio e orgulho/autoconfiança (codificadas como emoções de valência positiva). Habitualmente, a utilização desta escala permite ainda a codificação da emoção mais frequente (mediante a moda das categorias emocionais presentes), o nível geral ou médio da intensidade da emoção no segmento avaliado

(e.g. numa dada sessão) e o pico da intensidade da emoção, que representa o nível mais elevado de ativação relativamente ao segmento avaliado (Warwar & Greenberg, 1999).

Working Alliance Inventory – Short Form (WAI) – Inventário de Aliança Terapêutica (Horvath & Greenberg, 1989). É um inventário de autorrelato composto por 36 itens, destinado a avaliar a qualidade da relação terapêutica. O instrumento tem três subescalas: uma relativa ao acordo sobre as tarefas terapêuticas, uma relativa ao acordo sobre os objetivos terapêuticos e outra ao desenvolvimento da relação terapêutica. Na WAI original, cada subescala tem 12 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de 7 pontos (de 1- nunca, até 7- sempre). O presente estudo utilizou os dados do instrumento que corresponde a uma versão abreviada da WAI por Hatcher & Gillaspay (2006), validado e traduzido para a população portuguesa por Machado e Ramos (2006). A WAI– Short Form (versão perspectiva do cliente) é constituída por 12 itens, que se inserem em três componentes: vínculos (caracterizados pelos itens 3, 5, 7 e 9), objetivos (definidos pelos itens 4, 6, 8 e 11) e tarefas (que compõem os itens 1, 2, 10 e 12). A escala é avaliada numa escala de Likert de 5 pontos (1- Raramente a 5- Sempre). A classificação dos itens 3, 5, 6, 7, 9 e 12, apresentam como invertidos sendo cotadas através da escala de Likert inversa. O instrumento está validado para a população portuguesa apresentando índices adequados de fiabilidade, com alfa de Cronbach de .95 para a escala total, .93 para a subescala tarefa, .87 para a subescala relação e .8 para a subescala objetivos (Machado & Horvath, 1999). A WAI– Short Form (Hatcher & Gillaspay, 2006) (versão perspectiva do terapeuta) é constituída por 12 itens, que se inserem em três componentes: relativas ao acordo das tarefas de tarefas (caracterizados pelos itens 1, 2, 8 e 12), objetivos (correspondem os itens 4, 6, 10 e 11) e vinculação (definidos pelos itens 3, 5, 7 e 9). A escala é avaliada numa escala de Likert de 7 pontos (1-Nunca a 7- Sempre).

Medidas de resultado

Beck Depression Inventory-II (BDI- II). O Inventário da Depressão de Beck (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) é um instrumento de auto-relato constituído por 21 itens, os quais permitem avaliar a sintomatologia depressiva em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. São avaliados quatro tipos de sintomas, referentes às duas semanas anteriores, incluindo o próprio dia de avaliação: a agitação, dificuldades de concentração, inutilidade e perda de energia. Cada item é avaliado pelos clientes numa escala de Likert de 4 pontos, entre 0 (ausência de sintomas) e 3 (grave), de acordo com as opções de resposta. A soma das pontuações pode variar entre 0 e 63 pontos. A intensidade da sintomatologia depressiva é avaliada através das categorias: sintomatologia ligeira (0 a 13 pontos), depressão ligeira (14-19 pontos), depressão moderada (20 a 28 valores) e depressão severa (29 a 63 pontos) (Coelho, Martins & Barros, 2002). O BDI-II foi adaptado para a população portuguesa por Coelho, Martins, e Barros (2002), apresentando um ponto de corte de 13 pontos (que distingue a depressão ligeira a moderada) e contém boas características psicométricas, apresentando um resultado total de Alfa de Cronbach de .89 (Coelho, Martins, & Barros, 2002). O nível de mudança significativa (i.e. reliable change index – Jacobson & Truax, 1991) para o BDI-II foi desenvolvido por Beck, Steer, & Brown (1996) e ocorre quando o cliente alcança um nível não clínico e regista uma diferença de 7.75 valores entre um momento de preenchimento inicial do questionário e a sua replicação no final do processo.

Outcome Questionnaire-45. (OQ-45; Lambert, Hansen, et al., 1996). É um instrumento de autorrelato construído com a finalidade de monitorizar a evolução do cliente, ao longo do processo terapêutico, permitindo uma maior proximidade ao processo de mudança (Lambert, Hansen, et al., 1996). Foi utilizada a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Machado e Fassnacht (2014). O OQ-45 é constituído por 45 itens e avalia a sintomatologia geral e o funcionamento global do cliente, referente à semana anterior do seu preenchimento.

Cada item é avaliado pelos clientes numa escala de Likert de cinco pontos. A pontuação total obtida apura se a sintomatologia não possui relevância clínica (entre 0 e 63 pontos), ou se tem relevância clínica (entre 64 a 180 pontos). O ponto de corte que identifica a população clínica da população subclínica foi definido para o valor de 63 pontos (Machado & Fassnacht, 2014). Os autores também definiram o nível de mudança significativa (*reliable change*) do instrumento, que ocorre quando o cliente alcança um nível não clínico (pontuação igual ou inferior a 63 pontos) e evidencia uma diferença de 15 valores do momento de preenchimento inicial do questionário e da sua replicação no final do processo (Machado & Fassnacht, 2014). O questionário abrange três domínios do funcionamento do cliente, presente em 3 subescalas, que incidem no: desconforto subjetivo (sintomatologia depressiva e ansiosa), relações interpessoais e relações de intimidade (défices nas relações com outros significativos) e desempenho do papel social (contextos como escola, trabalho, família e lazer). De salientar ainda os 4 itens que avaliam comportamentos de risco que merecem atenção clínica como suicídio (item 8), abuso de substâncias (item 11 e 32) e comportamento agressivo (item 44) (Lambert, 2012). A versão portuguesa do instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, com uma consistência de .93 e confiança de teste e reteste de .84 (Machado & Fassnacht, 2014).

Procedimentos

Nos casos em análise na presente investigação foram usadas como medidas de processo para a análise qualitativa das sessões 1, 4, 8, 12 e 16 o *Client Emotional Productivity Scale – Revised* (CESP-R) e a *Client Emotional Arousal Scale – III* (CEAS-III). Como medidas de resultado foram utilizadas o *Beck Depression Inventory - II* (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996; versão portuguesa de Coelho, Martins & Barros, 2002), o *Outcome Questionnaire – 45*

(OQ-45) (Machado & Klein, 2006) e o *Working Alliance Inventory – Short Form* (WAI) (Machado & Ramos, 2006).

Procedimentos de avaliação de processo (codificação da ativação emocional e produtividade emocional)

Fase de treino. Inicialmente procedeu-se à fase de treino de codificação com base nas Escalas de Ativação Emocional e a Escala de Produtividade Emocional. O treino foi liderado pela investigadora doutoranda que já tinha experiência nas escalas e iniciou-se com a familiarização dos conceitos e dos procedimentos subjacentes às escalas utilizadas, por parte da investigadora mestranda. De seguida, iniciou-se o treino de codificação, até que ambas as avaliadoras atingiram um grau mínimo de concordância de *Kappa de Cohen* de .75, com a unificação de todas as sessões codificadas. O acordo foi atingido após a codificação de 11 sessões, codificados em unidades de análise minuto a minuto, num total de 20 minutos por cada sessão. No acordo do tipo de emoção na fase de treino foi atingido um acordo entre as juízas de .76.

Fase de codificação qualitativa independente. Após o treino, as duas juízas iniciaram a codificação, mediante a aplicação independente das escalas de ativação emocional e de produtividade emocional. Procedeu-se, assim, à codificação independente de 4 casos, tendo sido codificadas as sessões 1, 4, 8, 12 e 16 de cada caso. Esta codificação focou-se em segmentos específicos de cada sessão, contemplando – tal como no treino – os 20 minutos intermédios de cada sessão, produzindo-se uma codificação, minuto a minuto, por cada categoria. No final da codificação foram selecionados dois dos 4 casos para análise no presente estudo. O acordo do *Kappa de Cohen* médio obtido para o tipo emoções foi de .75. O *Kappa de Cohen* médio atingido pelas duas juízas do conjunto das sessões foi .77.

Procedimentos de análise de dados. Para a análise dos resultados foi utilizado inicialmente o programa Excel para a análise descritiva dos dados bem como para a execução dos gráficos

ilustrativos dos dois casos clínicos. O programa Simulation Modeling Analyzis Statistics (SMA) (Borckardt, 2006) foi também utilizado para efetuar a análise de relação das variáveis, de forma a compreender detalhadamente as associações entre as variáveis em estudo através da função de análise de dados com o Spearman-Rho (rs), (Borckardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw & O`Neil, 2008).

Fidelidade inter-juízes. O nível de acordo inter-juízes foi usado o nível de concordância *Kappa de Cohen*, considerado o mais adequado para o cálculo de variáveis nominais (Fonseca, Silva & Silva, 2007). No final da codificação independente das sessões foi calculado o nível de acordo onde se obteve um *Kappa de Cohen* médio de .81 global entre as juízas. Relativamente à escala tipo de emoção foi obtido um *Kappa de Cohen* de .75.

Resultados

Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo dos processos terapêuticos

A figura 1 apresenta a evolução da produtividade emocional e sintomatologia nos dois casos contrastantes de sucesso e insucesso terapêutico. Verifica-se através da figura 1, nos casos A e B analisados ao longo do processo terapêutico, um aumento da produtividade emocional do cliente. No caso A (figura 1) a diminuição da sintomatologia depressiva (BDI-II) é gradual e acompanha o aumento da produtividade emocional. No caso B (figura 1) a diminuição da sintomatologia é irregular evidenciando valores mais elevados de sintomatologia depressiva nas sessões onde não se verifica produtividade emocional. No que concerne à sintomatologia geral (OQ-45) verifica-se no caso A e B uma evolução irregular, mas decrescente ao longo do processo; ou seja, regista-se uma diminuição das sessões 1 a 8 e um ligeiro aumento na sessão 12. Nos dois casos verifica-se uma diminuição da sintomatologia geral do cliente na sessão 16.

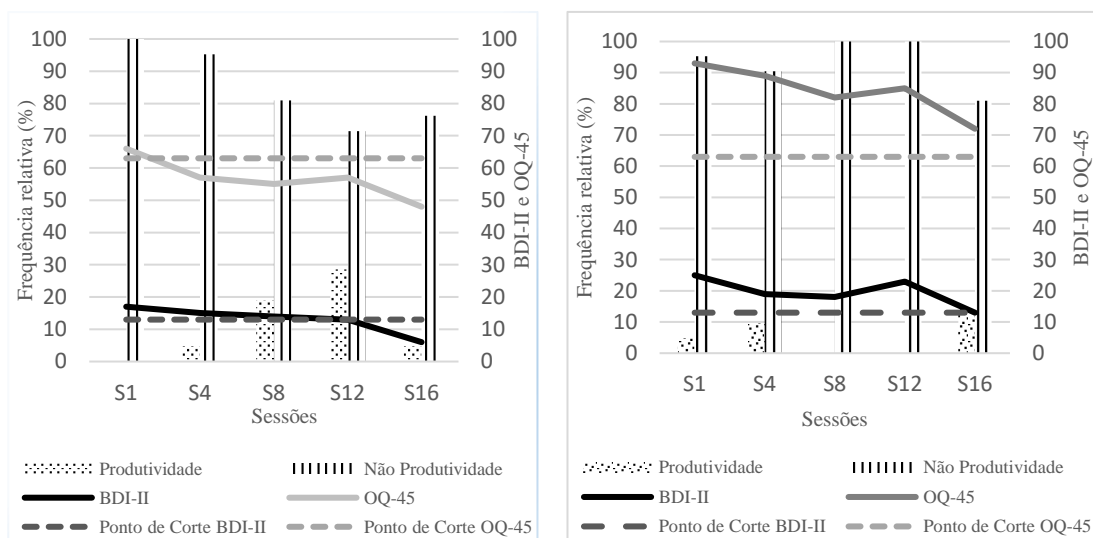


Figura 1 Produtividade emocional e sintomatologia depressiva e geral no caso de sucesso e insucesso (respetivamente).

No caso A (figura 1), verifica-se uma diminuição gradual da sintomatologia depressiva (BDI-II) ao longo da sessão 1 (17 pontos), sessão 4 (15 pontos), sessão 8 (14 pontos) e sessão 12 (13 pontos). Na sessão 16 (6 pontos) verifica-se uma maior acentuação da diminuição da sintomatologia depressiva. Relativamente à sintomatologia geral (OQ-45) verifica-se uma diminuição da sessão 1 (66 pontos) à sessão 8 (55 pontos). Na sessão 12 (57 pontos) verifica-se um ligeiro aumento da sintomatologia geral que, na sessão 16 (48 pontos), diminui. A produtividade emocional no caso A regista um pico na sessão 12 (28.6%), por sua vez na sessão 16 (4.8%) verifica-se uma diminuição.

No caso B (figura 1), verifica-se uma diminuição da sintomatologia depressiva (BDI-II) da sessão 1 (25 pontos) e sessão 4 (19 pontos). Na sessão 12 (23 pontos) verifica-se um aumento da sintomatologia depressiva. Na sessão 16 (16 pontos), verifica-se uma diminuição da sintomatologia depressiva. Em relação à sintomatologia geral (OQ-45) verifica-se uma diminuição da sessão 1 (93 pontos) à sessão 8 (82 pontos). Na sessão 12 (85 pontos) verifica-se um aumento da sintomatologia geral, comparativamente à sessão 8. Na sessão 16 (72 pontos), regista-se a maior diminuição da sintomatologia geral do cliente. Quanto à produtividade

emocional do caso B, verifica-se um aumento da produtividade emocional na sessão 1 (4.8%) e sessão 4 (9.5%). Na sessão 16 (14.3%) verifica-se o pico de produtividade emocional do cliente.

De forma a verificar a relação entre produtividade emocional e a sintomatologia depressiva (BDI) e geral (OQ-45), procedeu-se ao cálculo do teste de correlação *Spearman-Rho* (r_s). Desta forma verifica-se no caso A ausência de relação entre produtividade emocional e sintomatologia depressiva ($r_s = -.5642881$ $p = .188$) e geral ($r_s = -.3421053$, $p = .281$). No caso B verifica-se a ausência de relações entre produtividade emocional e os níveis de sintomatologia depressiva ($r_s = -.4103913$, $p = .243$) e geral ($r_s = -.1538968$, $p = .406$).

Produtividade emocional e aliança terapêutica

A figura 2 apresenta a produtividade emocional e a aliança terapêutica do cliente (WAI-C) e terapeuta (WAI-T) ao longo do processo terapêutico, nos dois casos clínicos.

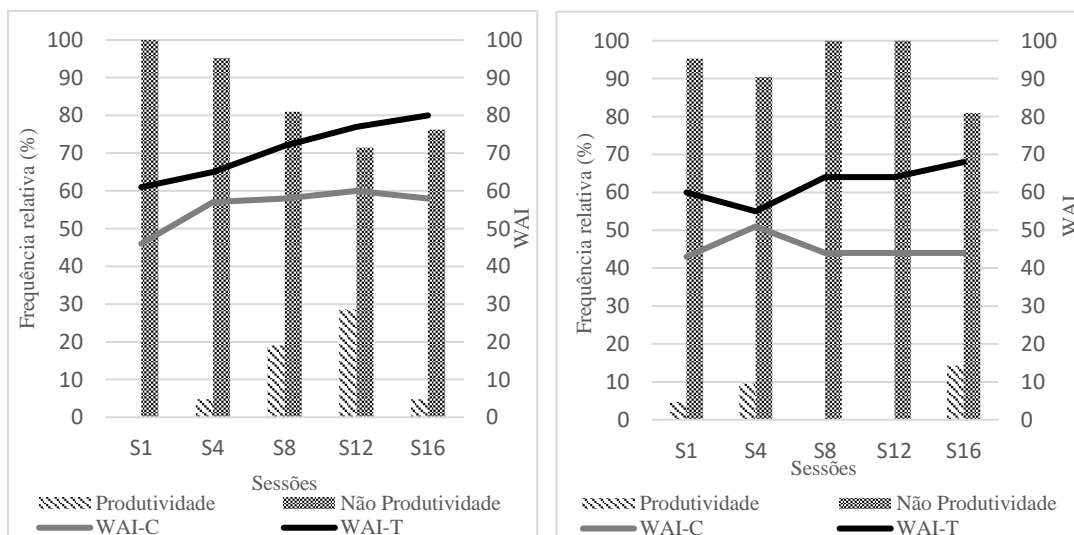


Figura 2 Produtividade emocional e aliança terapêutica do cliente no caso de sucesso e insucesso (respetivamente).

Nos casos A e B verifica-se um aumento da aliança terapêutica do cliente ao longo das sessões, sendo este mais evidente no caso A (caso de sucesso) do que no caso B (caso de

insucesso, em que se verifica uma estabilização da aliança terapêutica do cliente). Relativamente à aliança terapêutica do terapeuta verifica-se nos dois casos um aumento gradual da aliança ao longo do processo terapêutico.

No caso A (figura 2) verifica-se um aumento gradual da aliança terapêutica do cliente, tendo uma ligeira diminuição na sessão 16 (58 pontos), que coincide com uma diminuição da produtividade emocional. O pico da aliança terapêutica verifica-se na sessão 12 (60 pontos) que coincide com o pico de produtividade emocional (28.7%). Na aliança terapêutica do terapeuta verifica-se que o aumento gradual da aliança terapêutica do terapeuta ao longo do processo acompanha o aumento da produtividade emocional. O pico de aliança terapêutica do terapeuta verifica-se na sessão 16 (80 pontos) onde, por sua vez, se regista uma diminuição da produtividade emocional.

No caso B (figura 2) verifica-se o pico da aliança terapêutica do cliente na sessão 4 (51 pontos), onde se verifica um aumento na produtividade emocional (9,5%). A partir da sessão 4 verifica-se uma diminuição da aliança, que estabiliza depois das sessões 8, 12 e 16 (44 pontos). Verifica-se o pico da aliança terapêutica do terapeuta na sessão 16 (68 pontos) que coincide com o pico de produtividade emocional (14.3%). Na sessão 4 (55 pontos) verifica-se uma diminuição considerável da aliança terapêutica do terapeuta, que coincide com o registo de produtividade emocional (9.5%). Nas sessões 8 e 12 (64 pontos), verifica-se um ligeiro aumento da aliança terapêutica do terapeuta, onde se verifica a ausência de produtividade emocional.

Relação entre produtividade emocional e aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico

No sentido de verificar a correlação entre produtividade emocional e a aliança terapêutica do cliente e terapeuta, procedeu-se ao cálculo do teste de *Spearman-Rho* (r_s). Assim, no caso A (caso de sucesso) verifica-se que existe uma relação significativa positiva

forte entre produtividade emocional e a aliança terapêutica do cliente ($r_s=.9210526$, $p=.001$). Ou seja, à medida que a produtividade aumenta a aliança terapêutica do cliente aumenta. No caso B (caso de insucesso) verifica-se que não existe relação significativa entre produtividade emocional e a aliança terapêutica do cliente ($r_s=.2294157$, $p=.359$). Em relação à aliança terapêutica do terapeuta verifica-se que não existe relação significativa entre produtividade emocional e aliança terapêutica do terapeuta ($r_s=.0526316$, $p=.49$).

Evolução da produtividade emocional e dos fatores da WAI (cliente e terapeuta)

Na figura 3, está representada a evolução da produtividade emocional e os fatores da WAI do cliente nos dois casos contrastantes. No caso A (sucesso terapêutico) verifica-se um aumento gradual de todos os fatores (vínculo, tarefas e objetivos) tendo maior prevalência a escala de objetivos. Ao nível da escala de vínculo denota-se uma estabilização ao longo das sessões (4 a 16, com 20 pontos), registando-se a menor pontuação na sessão 1 (16 pontos). Relativamente à escala de tarefas, verifica-se que ao longo do processo existe uma menor pontuação comparativamente às restantes escalas. Denota-se uma maior pontuação da escala de tarefas na sessão 12 (15 pontos) e menor na sessão 1 (12 pontos). Na escala de objetivos verifica-se uma maior prevalência na sessão 8 (24) e 12 (25 pontos). O resultado global da WAI regista, desta forma, maior pontuação na sessão 12 (60 pontos). Por seu turno, a produtividade emocional regista o seu pico na sessão 12 (28,6%).

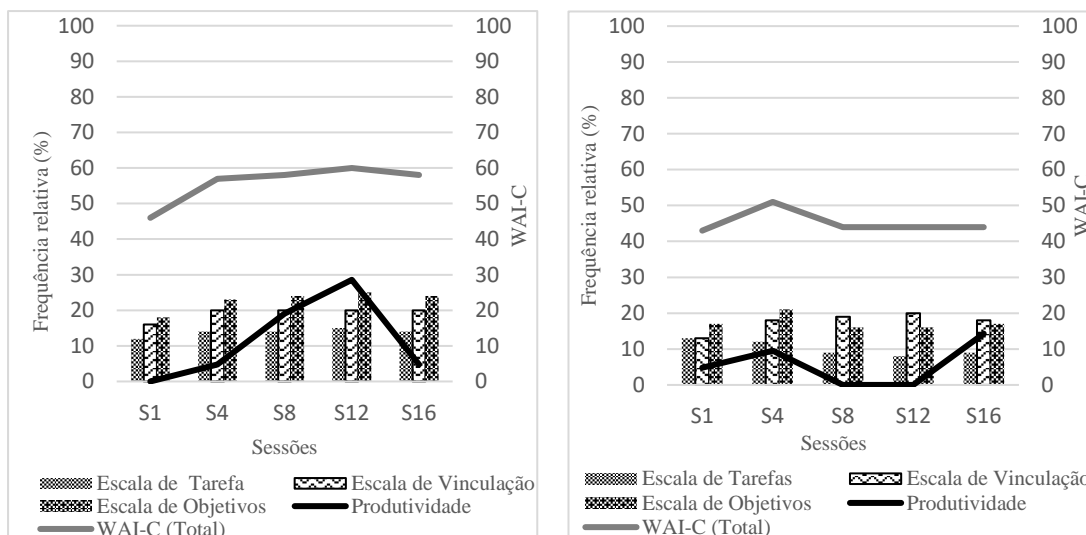


Figura 3 Produtividade emocional e fatores da WAI do cliente nos casos de sucesso e insucesso terapêutico (respetivamente)

No caso B (insucesso terapêutico) verificam-se algumas flutuações relativamente aos fatores da WAI do cliente ao longo das sessões. A escala de vínculo torna-se a mais evidente ao longo das sessões sendo também a mais estável, verificando-se uma maior pontuação na sessão 12 (20 pontos) e menor na sessão 1 (13 pontos). A escala de tarefas tem menor pontuação ao longo do processo, registando algumas oscilações, e verifica-se maior pontuação na sessão 1 (13 pontos) e diminui até à sessão 12 (8 pontos). Na escala de objetivos verifica-se maior pontuação na sessão 12 (21 pontos) e diminui até à sessão 16 (17 pontos). Ao nível do resultado global da WAI verifica-se o pico na sessão 4 (51 pontos).

Na figura 4 está representada a evolução da produtividade emocional e os fatores da WAI do terapeuta nos dois casos contrastantes.

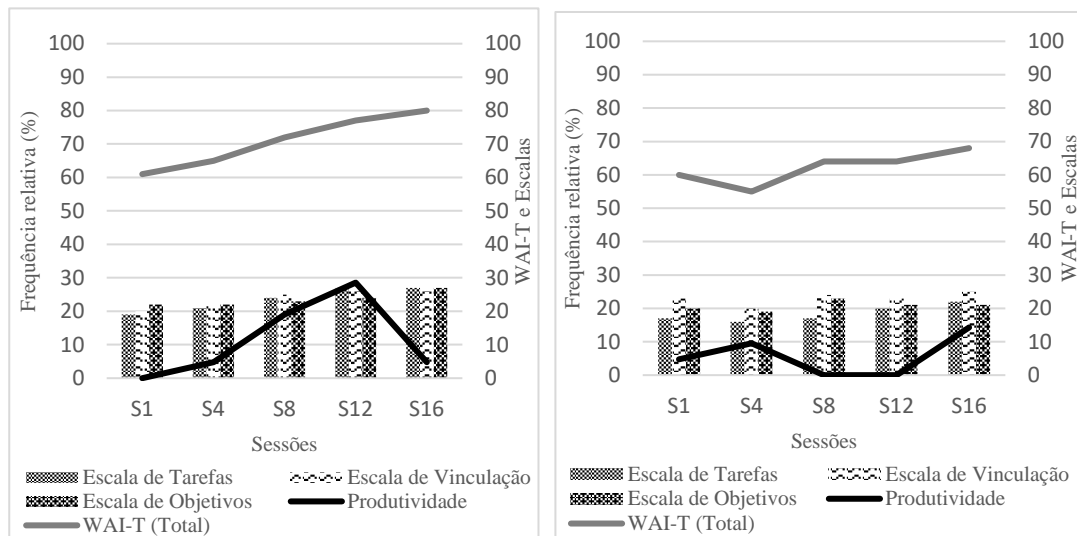


Figura 4 Produtividade emocional e fatores da WAI do cliente nos casos de sucesso e insucesso terapêutico (respetivamente).

No caso A (sucesso terapêutico) ao nível da escala de vinculo verifica-se um pico na sessão 12 (26 pontos) que se mantêm na sessão 16, verificando-se menor pontuação na sessão 1 (20 pontos). Na escala de tarefas verifica-se um pico na sessão 12 (27 pontos) que se mantêm na sessão 16. Relativamente à escala de objetivos verifica-se o pico na sessão 16 (27 pontos) e uma menor pontuação na sessão 1 (19 pontos). A nível global do resultado da WAI do terapeuta verifica-se um aumento gradual ao longo das sessões, onde se regista o pico na sessão 16 (80 pontos). A produtividade emocional regista o seu pico na sessão 12 (28,8%) e sofre uma quebra na sessão 16 (4.8%). No caso B (insucesso terapêutico) ao nível da escala de vinculo verifica-se um pico na sessão 16 (25 pontos), verificando menor pontuação na sessão 4 (20 pontos). Globalmente é a escala com maior incidência ao longo do processo terapêutico. Relativamente à escala de tarefas aumenta gradualmente ao longo das sessão atingindo o seu ponto máximo na sessão 16 (22 pontos) sendo menor na sessão 4 (16 pontos). A escala de objetivos aumenta ligeiramente ao longo das sessões sendo mais evidente na sessão 8 (23 pontos) e menos na

sessão 4 (19 pontos). Globalmente o resultado da WAI do terapeuta teve maior evidencia na sessão 16 (68 pontos) e menos evidencia na sessão 4 (55 pontos).

Relação entre produtividade emocional e os fatores da WAI do cliente e terapeuta

No caso A (sucesso terapêutico) no que respeita aos fatores da WAI do cliente, verificam-se correlações positivas muito fortes entre produtividade emocional e escala de tarefas ($r_s=.9176629$, $p=.011$) e a escala de objetivos ($r_s=.9210526$, $p = .009$); no que concerne à escala de vínculo não se verifica uma relação significativa ($r_s=.7254763$, $p = .088$). No caso B (insucesso terapêutico) relativamente aos fatores da WAI do cliente apenas se evidencia relação positiva forte entre produtividade emocional e a escala de objetivos ($r_s=.8111071$, $p = .045$). Com os restantes fatores da WAI do terapeuta não se verificam relações entre produtividade e os fatores da WAI.

Produtividade emocional e discordância da aliança terapêutica

A discordância entre as perspetivas do cliente e do terapeuta (cf. Tabela 3) foi operacionalizada como a diferença dos resultados globais entre a WAI do cliente e terapeuta.

Tabela 3 Discordância da WAI do cliente e terapeuta

Cliente		Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
Discordância	Caso A	15	8	14	17	22
da WAI-C e	Caso B	17	4	20	20	24
	WAI-T					

A figura 5 denota a produtividade emocional e a discordância da aliança terapêutica nos dois casos clínicos, ao longo do processo terapêutico.

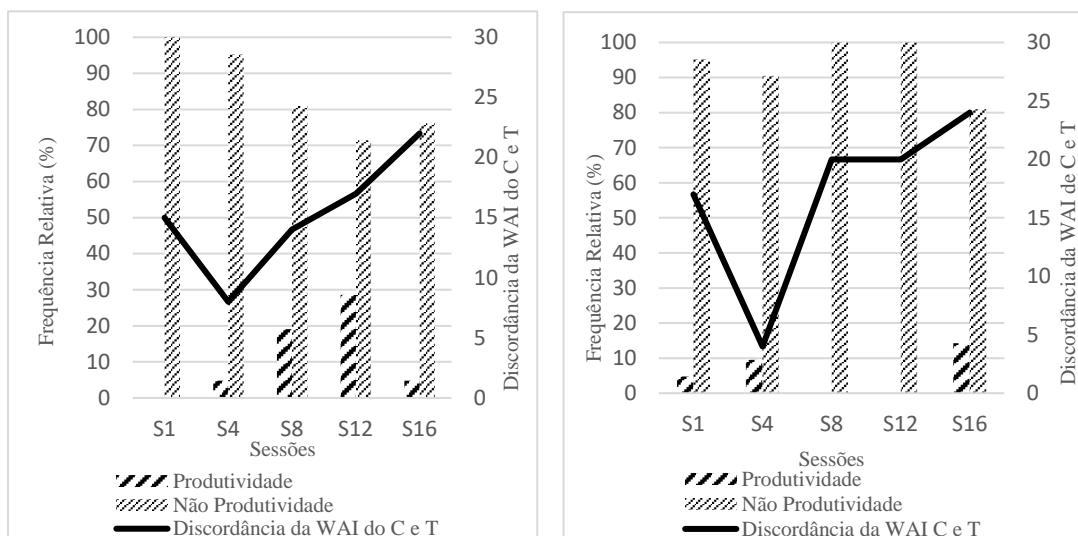


Figura 5 Produtividade emocional e discordância da aliança terapêutica nos casos de sucesso e insucesso (respetivamente).

No caso A e B verifica-se o aumento gradual da discordância ao longo das sessões, denota-se menor discordância na sessão 4 de ambos os casos. No caso A (figura 5) verifica-se da sessão 1 (15 pontos) à 4 (8 pontos) uma diminuição considerável da discordância. Na sessão 4 verifica-se produtividade emocional e o pico de menor discordância da aliança terapêutica ao longo das sessões. Da sessão 4 à 16 (22 pontos) verifica-se o aumento da discordância que coincide com o aumento da produtividade emocional do cliente. O pico de discordância acontece na sessão 16 (22 pontos), que coincide com a diminuição da produtividade emocional do cliente.

No caso B (figura 5) da sessão 1 (17 pontos) à 4 (4 pontos) regista-se uma diminuição considerável da discordância, que coincide com o aumento da produtividade emocional do cliente. Na sessão 8 e 12 (20 pontos), verifica-se uma estabilização da discordância que coincide com registo de não produtividade. O pico de discordância é na sessão 16 (24 pontos) que coincide com o pico de produtividade emocional do cliente.

Relação entre a discordância da aliança terapêutica do cliente e terapeuta e produtividade emocional

No sentido de verificar as correlações presentes entre produtividade emocional e a discordância da aliança terapêutica do cliente e terapeuta, procedeu-se ao cálculo do teste de *Spearman-Rho* (r_s). No caso A (sucesso terapêutico) verifica-se que não existe relação significativa entre a produtividade emocional e discordância da aliança terapêutica do cliente e terapeuta ($r_s=.1025978$ $p=.433$). No caso B (caso de insucesso terapêutico) verifica-se que não existe relação significativa entre produtividade emocional e discordância da aliança terapêutica do cliente e terapeuta ($r_s=.0526316$ $p=.492$).

Evolução da produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional das sessões 4 e 12 de ambos os casos.

Em ambos os casos analisados no presente estudo, destacam-se as sessões 4 e 12, como sessões que parecem ser cruciais para a obtenção da mudança terapêutica. Desta forma a análise mais detalhada destas sessões ao nível da produtividade emocional, emoções predominantes e sua intensidade poderá contribuir com informação relevante para uma melhor compreensão dos processos terapêuticos.

Na sessão 4 do caso A (figura 6) e B (figura 7) verifica-se um registo de produtividade emocional e tipos distintos de emoções que emergem. O caso A (caso de sucesso terapêutico) revela na sessão 4 um registo de produtividade total de 4,8%, sendo o menor registo ao longo das sessões analisadas. Ao nível das emoções verifica-se uma diversidade emocional limitada. Esta revela a presença de apenas emoções negativas como medo/ansiedade e dor/mágoa.

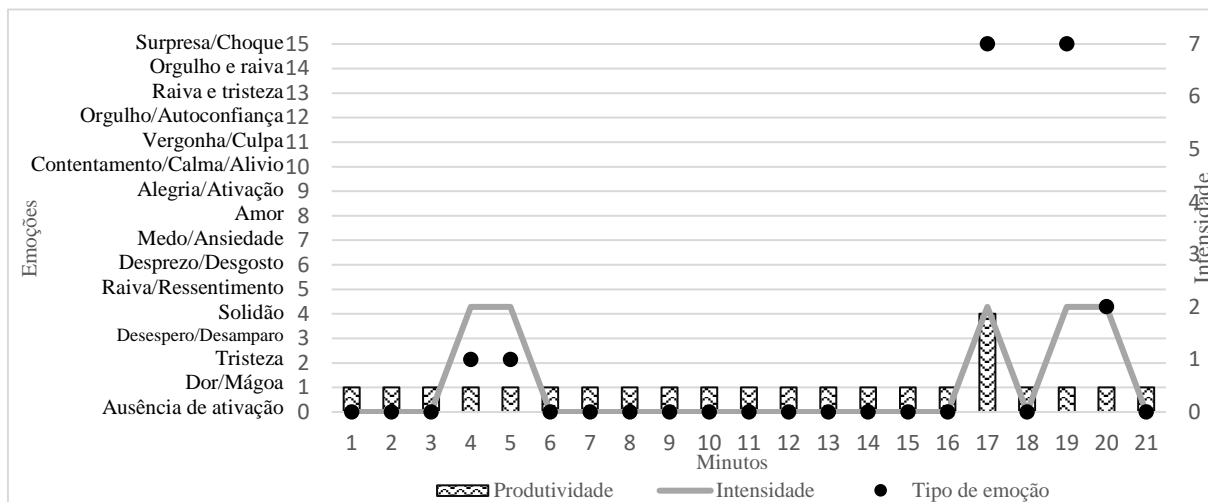


Figura 6 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade da sessão 4 do caso A (sucesso terapêutico).

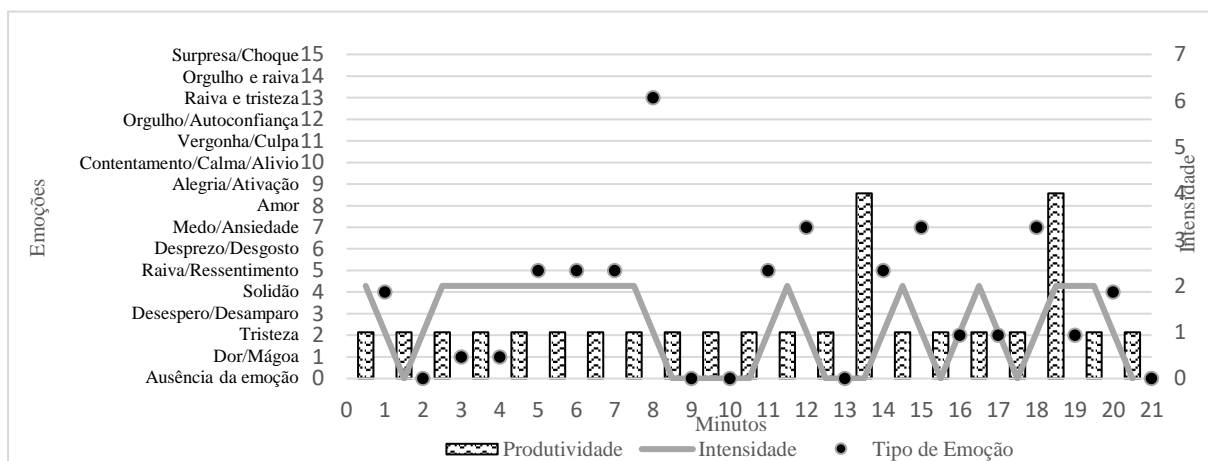


Figura 7 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional da sessão 4 do caso B (insucesso terapêutico).

Na sessão 4 do caso B (caso de insucesso terapêutico) regista-se um nível de produtividade total de 9,5%, sendo a percentagem mais elevada de todas as sessões analisadas. Ao nível das emoções verifica-se uma considerável diversidade emocional, sendo essencialmente as emoções negativas como solidão, dor/mágoa, raiva/ressentimento, raiva e tristeza, medo/ansiedade e tristeza que ocorrem. Relativamente à intensidade emocional verifica-se, em ambos os casos, uma intensidade ligeira.

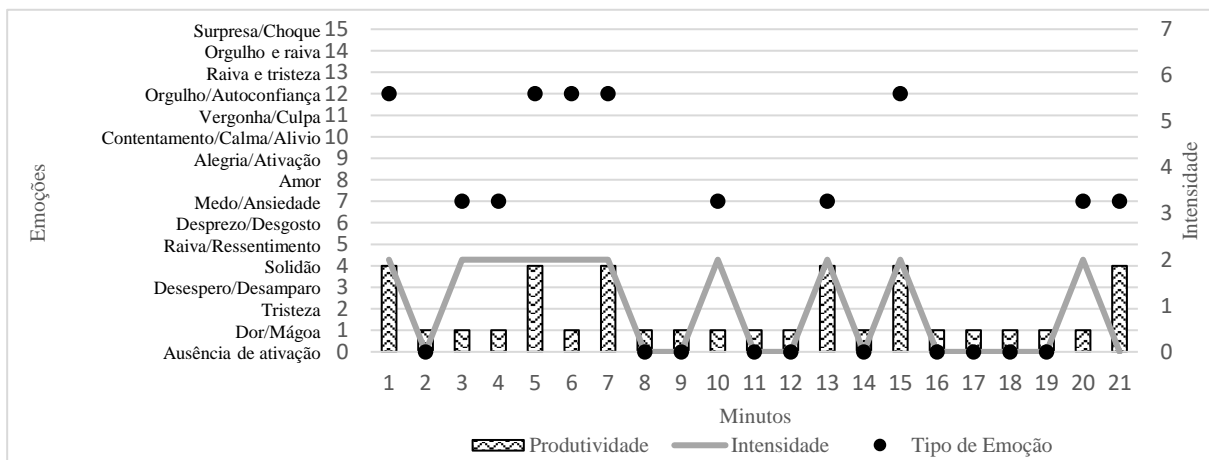


Figura 8 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional da sessão 12 do caso A (sucesso terapêutico).

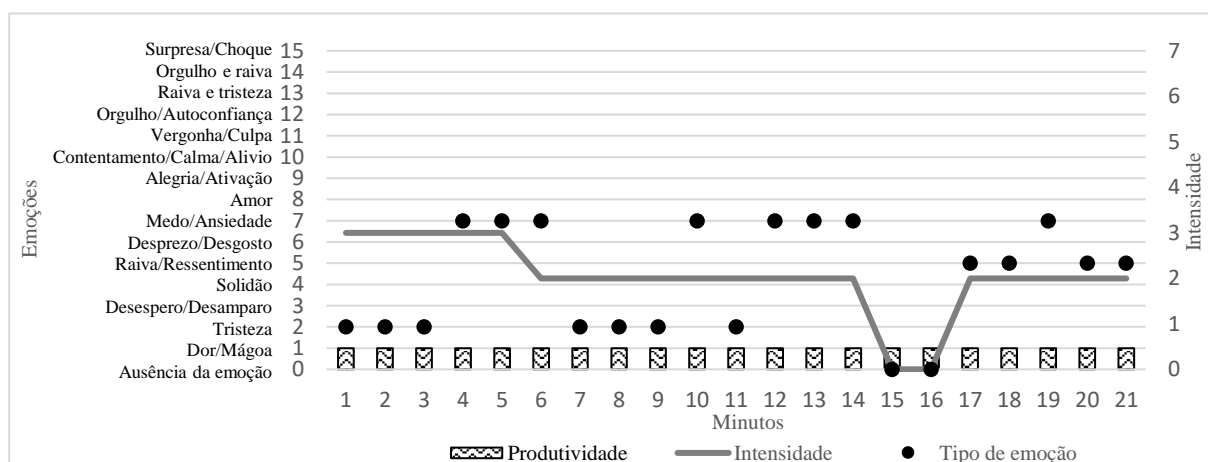


Figura 9 Produtividade emocional, tipo de emoção e intensidade emocional da sessão 12 do caso B (insucesso terapêutico).

Na sessão 12 do caso A (figura 8), caso de sucesso terapêutico, verifica-se um total de produtividade emocional ao longo da sessão de 28.6%, sendo o registo de maior produtividade emocional global do total de sessões analisadas. Esta sessão caracteriza-se também pela experiência de emoções positivas, relativas à produtividade emocional. Mais especificamente, ao nível das emoções verifica-se um equilíbrio entre emoções positivas e

negativas, onde se destaca o orgulho/autoconfiança (emoção positiva) e medo/ansiedade (emoção negativa). Na sessão 12 do caso B (figura 9), caso de insucesso terapêutico, não se verifica um registo de produtividade emocional, sendo maioritariamente não produtivo ao longo da sessão. Ao nível das emoções predominam essencialmente emoções negativas tais como tristeza, medo/ansiedade e raiva/ressentimento, com uma intensidade emocional que aumenta ligeiramente, mas que se revela uma intensidade de ligeira a moderada.

Discussão

A presente investigação tem como objetivo central a análise da evolução da produtividade emocional e da aliança terapêutica em dois casos contrastantes (um de sucesso e outro de sucesso terapêutico). Com base nos resultados obtidos através das análises efetuadas parece importante salientar, no caso de sucesso terapêutico, que as variáveis produtividade emocional e aliança terapêutica parecem indicar condições facilitadoras para a mudança terapêutica e, por isso, associadas a melhores resultados terapêuticos (Diamond, Sabo & Shahar, 2016; Laws et al., 2017). Assim, no caso de sucesso, evidencia-se uma diminuição da sintomatologia depressiva que se mantém gradual e que acompanha o aumento da produtividade emocional. Relativamente ao caso de insucesso, verifica-se que a diminuição da sintomatologia se demonstra irregular, contudo, denota-se um aumento da sintomatologia depressiva assinalada no início das sessões onde não se regista produtividade emocional. Os resultados sugerem, tal como nas investigações anteriores de Auszra e colaboradores (2013) e Diamond e Shahar (2016), que quanto mais produtivo o processamento emocional ao longo do processo terapêutico, maior é a diminuição da sintomatologia depressiva do cliente.

No que concerne à evolução das variáveis da aliança terapêutica e da produtividade emocional verifica-se, em ambos os casos, um aumento da aliança terapêutica (perspetiva do cliente) ao longo das sessões. Contudo, este aumento é mais evidente no caso de sucesso e menos evidente no caso de insucesso, em que se verifica uma maior estabilização da aliança terapêutica do cliente. Quanto à aliança terapêutica (perspetiva do terapeuta) verifica-se nos dois casos um aumento gradual da aliança ao longo do processo terapêutico. Este resultado é inconsistente com o estudo de Laws e colaboradores (2017), que sugere que à medida que o processo terapêutico evolui, as alianças entre cliente e terapeuta tendem a ser mais similares, do que no início da terapia.

No caso de insucesso verifica-se um aumento gradual da aliança terapêutica (perspetiva do cliente), sendo verificada uma ligeira diminuição na sessão 16 (58 pontos), que coincide com uma diminuição da produtividade emocional exibida nessa sessão. O pico da aliança terapêutica verifica-se na sessão 12 (60 pontos) que coincide com o pico de produtividade emocional (28.7%). Assim, verifica-se que à medida que a produtividade emocional aumenta a aliança terapêutica também aumenta, corroborando Bordin (1979, citado por Ribeiro, 2009) que descreve a qualidade da aliança terapêutica como algo que poderá variar consoante a experienciação de momentos mais ou menos produtivos em terapia. Já na aliança terapêutica (perspetiva do terapeuta) verifica-se que o aumento gradual da aliança ao longo do processo coincide com o aumento da produtividade emocional e diminuição da sintomatologia. No caso de insucesso é visível que a relativamente à WAI-C aumenta ligeiramente até à sessão 4, tornando-se estável até ao final do processo terapêutico. Já a WAI-T aumenta gradualmente ao longo do tempo.

Estes resultados são congruentes com investigações prévias de Byrd e colaboradores (2010), que sustenta que quando os clientes se sentem confortáveis com a relação com o terapeuta, torna-se mais propensa uma redução da sintomatologia. Bem como de Missirlian e colaboradores (2005) uma intensa ativação emocional e uma boa relação terapêutica perspectivam uma diminuição de sintomatologia depressiva e a melhoria dos relacionamentos interpessoais e autoestima dos clientes. Assim, os resultados parecem indicar que uma experienciação mais profunda e produtiva no decorrer da sessão irá aumentar a qualidade da aliança terapêutica (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & Roten, 2015). Ou, em alternativa, uma maior qualidade da aliança terapêutica irá facilitar um processamento emocional mais produtivo e promover a mudança emocional.

No que concerne aos fatores da WAI verifica-se, no caso de sucesso, um aumento gradual de todos os fatores (vínculo, tarefas e objetivos) tendo maior prevalência a escala de

objetivos. Neste caso, verificam-se relações positivas fortes entre a escala de objetivos e tarefas com a produtividade emocional. O resultado parece ser congruente com o estudo de Auszra e colaboradores (2013), que define a produtividade emocional como estando relacionada com o ir de encontro aos objetivos terapêuticos para, desta forma, se obter mudança em terapia. O resultado também demonstra consenso com o concetualização da aliança terapêutica segundo Bordin (1979, citado por Ribeiro, 2009) que postula que uma boa aliança terapêutica é constituída pela colaboração partilhada entre terapeuta e cliente, resultando num consenso entre tarefas e objetivos durante o processo terapêutico.

No de insucesso verificam-se algumas irregularidades relativamente aos fatores da WAI do cliente. A escala de vínculo torna-se a mais evidente ao longo das sessões, sendo também a mais estável, verificando-se uma maior pontuação na sessão 12 (20 pontos). Os estudos prévios sugerem que há evidências que os terapeutas variam as suas competências ao longo do processo terapêutico com o intuito de manter a qualidade na aliança (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & Roten, 2015). Isto é algo que pode explicar as irregularidades no que respeita aos fatores que compõem a WAI. Assim, no caso do cliente e terapeuta verifica-se uma classificação mais elevada na escala de vínculo; contudo, na escala de objetivos e tarefas verificamos uma diminuição ao longo do processo por parte da classificação do cliente e um aumento por parte do terapeuta. No caso de insucesso também se verifica uma relação positiva forte entre a WAI-C e a escala de objetivos, corroborando mais uma vez o estudo de Auszra e colaboradores (2013).

Na análise da discordância da aliança terapêutica do cliente e terapeuta verifica-se, em ambos os casos, o aumento gradual da discordância ao longo das sessões, denotando-se menor discordância na sessão 4 de ambos os casos. De alguma forma, no caso de sucesso, parece ser evidente um aumento da aliança gradual em ambas as perspetivas. No caso de insucesso regista-se uma diminuição da discordância no início da terapia e na sessão 8 denota-se uma

estabilização, em que os resultados do cliente se mantêm estáveis e a classificação do terapeuta aumenta. A investigação revela que a convergência das classificações/perspetivas são mais significativas à medida que a terapia avança, sugerindo este padrão um maior consenso entre cliente e terapeuta e, por sua vez, melhores resultados terapêuticos (Laws et al., 2017). No entanto, os resultados deste estudo não parecem ir tão claramente ao encontro destas evidências prévias.

Tal como argumentado, as sessões 4 e 12 revelaram-se importantes para a mudança terapêutica em ambos os casos estudados. Na presente investigação, o contraste entre estas sessões permitiu verificar que, no caso de sucesso, existiu uma mudança significativa ao nível das emoções, onde foi possível constatar a transformação de emoções desadaptativas em outras mais adaptativas, alcançando-se desta forma um processamento mais produtivo ao longo do processo terapêutico (Auszra & Greenberg, 2007). No caso de sucesso no início do processo terapêutico (sessão 4) verifica-se a presença de apenas emoções negativas (como medo/ansiedade e dor/mágoa). Neste caso o cliente demonstrou-se essencialmente mais racional. A investigação sugere que ativação emocional exige o experienciar das emoções no presente ao invés de as evitar ou racionalizar (Auszra, Greenberg & Hermann, 2010), algo que poderá explicar o baixo nível de produtividade emocional. Ou então poderá ser entendido na perspetiva de evitamento emocional que acontece devido ao receio do cliente sentir por completo a emoção dolorosa ou receio de ser julgado pelo terapeuta (Greenberg & Watson, 2006). No final do processo (sessão 12) ao nível das emoções verifica-se um equilíbrio entre emoções positivas e negativas, onde se destaca o orgulho/autoconfiança (emoção positiva) e medo/ansiedade (emoção negativa). Neste caso verifica-se um registo superior de produtividade emocional com a experienciação de emoções positivas. Parece ter existido um progresso relativamente à sessão 4, aqui o cliente experienciou emoções negativas e positivas, algo que poderá indicar tal como no estudo de Fredrickson e colaboradores (2000) salientam

que as emoções positivas evidenciam ser fundamentais para regularem as emoções negativas e posteriormente restabelecerem o equilíbrio e bem-estar do cliente e desta forma atingir melhores resultados terapêuticos.

No caso de insucesso verifica-se que da sessão 4, comparativamente à sessão 12, ocorre uma diminuição da produtividade emocional bem a manutenção de um conjunto de emoções negativas (tais como solidão, dor/mágoa, raiva/ressentimento, raiva e tristeza, medo/ansiedade e tristeza). Desta forma, estas emoções apresentam-se como menos produtivas para a mudança terapêutica (Auszra & Greenberg, 2007; Goldman & Greenberg, 2015). No início do processo terapêutico (sessão 4) ao nível das emoções verifica-se emoções negativas (como solidão, dor/mágoa, raiva/ressentimento, raiva e tristeza, medo/ansiedade e tristeza). No final do processo (sessão 12) ao nível das emoções verifica-se emoções negativas (tais como tristeza, medo/ansiedade e raiva/ressentimento), com uma intensidade emocional que aumenta ligeiramente, mas que se revela uma intensidade de ligeira a moderada. Fredrickson e colaboradores (2000) salientam que o contacto com as emoções negativas pode ter uma função adaptativa para alertar o individuo para situações perigosas e/ou dolorosas. No entanto, os resultados de investigações anteriores sugerem que as emoções deverão ser utilizadas de forma adaptativa, e quando desadaptativas deverão ser transformadas em emoções adaptativas (Auszra & Greenberg, 2007; Greenberg, 2004; Greenberg & Watson, 2006; Goldman & Greenberg, 2015), algo que não parece acontecer neste caso.

A sessão 4, nos dois casos em análise verifica-se a menor discordância relativa à WAI-C e WAI-T. Contudo esta discordância poderá ser explicada à luz da classificação atribuída pelo cliente, que foi mais alta comparativamente às restantes sessões, no caso do terapeuta verifica-se o inverso. Estudos sugerem que a semelhança entre perspetivas ou convergência ao longo do tempo entre a WAI-C e a WAI-T pode indicar uma compreensão partilhada do

processo da terapia, bem como da experiência subjetiva do relacionamento (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & Roten, 2015).

Conclusão, limitações do estudo e futuras investigações

A presente investigação teve como objetivo facilitar a compreensão bem como salientar a importância das variáveis em análise. A pertinência deve-se à escassez de estudos que englobam a relação entre estas variáveis. Com os resultados obtidos foi possível constatar que no caso de sucesso existe uma relação entre a produtividade emocional e a aliança terapêutica, que estão associados à diminuição da sintomatologia do cliente. Com a análise dos fatores da WAI, foi possível verificar uma relação entre a produtividade emocional e a escala de objetivos, algo que sustenta os critérios de uma boa qualidade da aliança.

Contudo, deparamo-nos com algumas limitações, que se destacam por disponibilizarmos de uma amostra exígua de dois casos (sucesso e insucesso terapêutico). Outra das limitações é conjunto limitado das sessões estudadas, onde foram analisadas apenas 5 sessões de cada caso e, dentro de cada sessão, apenas se focaram os 20 minutos intermédios. Assim, seria pertinente a análise de todas as sessões dos casos, contemplando a sessão completa, e não apenas 20 minutos.

Apesar das limitações presentes na investigação, perspectiva-se como ponto de partida para futuras investigações com a análise nas variáveis analisadas. Seria importante replicar a investigação numa amostra mais completa, a nível de participantes como a nível de sintomatologia. Seria importante fazer um estudo comparativo relativamente à diferença de género no que respeita à perspectiva da relação terapêutica e de que forma poderá implicar na produtividade emocional do cliente. Por último, e sendo esta uma investigação, que tem como análise o modelo de TFE, seria pertinente replicar em outros modelos de terapia, para desta forma a análise dos constructos seja mais completa e a sua compreensão mais alargada.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Auszra, L., & Greenberg, L.S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, 7, 137 – 152.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity-optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23, 732–746.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. R. (2010). *Client emotional productivity scale revised (CEPS-R)*. Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Auszra, L., Greenberg, L.S., & Herrmann, I.R. (2010). *Client Emotional Productivity Scale - Revised*. Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Beck A, Steer R, Brown G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analyses. *American Psychologist*, 63, 77—95. doi: 10.1037/0003-066X.63.2.77
- Bordin, E. S. (1979). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- 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, 631-636. doi: 10,1037/a0022080

- C., Gonçalves, M. M., Hill, C. E., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L. & Greenberg, L. S. (2012). Therapist interventions and client innovative moments in emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 49 (4), 536-548. DOI: 10.1037/a002859.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002) Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17, 222–226.
- Costa, D. S. D. (2016). Produtividade Emocional em psicoterapia: Um estudo acerca da sua evolução, ao longo da resolução do dano emocional. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Universitário da Maia, Maia.
- Cunha, C., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Gonçalves, M. M. (2016) Self-narrative Reconstruction in Emotion-Focused Therapy: A Preliminary Task Analysis. *Psychotherapy research: journal of the society for psychotherapy research*, (19), 1-18. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1158429>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605. <http://dxdoi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Diamond, G. M. & Rochman, D. (2010). Arousing Primary Vulnerable Emotions in the Context of Unresolved Anger: “Speaking About” Versus “Speaking To”. *Journal of Counseling Psychotherapy*, 57(4), 402-410. DOI: 10.1037/a0021115.
- Diamond, G. M., Sabo, D., Shahar, B. (2016). Attachment-Based Family Therapy and Emotion-Focused Therapy for Unresolved Anger: The Role of Productive Emotional Processing. *American Psychological Associations*, (1), 34-44.

- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance—a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Journal of the Society for Psychotherapy Research, 10*(4), 421–34. doi:10.1093/ptr/10.4.421
- Elliot, R., Greenberg, L.S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*(3), 241-254.
- Elliott, R., Watson, J.E., Goldman, R.N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-focused therapy: The Process–Experiential approach to change*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version. New York, NY: Biometrics Research.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 350–365.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion, 24*, 237-258.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing oriented psychotherapy*. New York: Guildford.
- Gilbert, P. (2009). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In P.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). Case formulation in emotion-focused therapy: co-creating clinical maps for change. *American Psychologist Association*. doi: 10.1037/14523-002
- Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: *American Psychological Association*.
<http://dx.doi.org/10.1037/10447-000>

- Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*, 3–16.
- Greenberg, L. S. (2014). *Terapia Focada nas Emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *62*, 611–630. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20252>.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Greenberg, L. S., (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, *51*, 350–357. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037336>
- Greenberg, L. S., Safran, J. D. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, *44* (1), 19-29.
- Greenberg, L., & Elliott, R. (2012). Corrective experience from a humanistic/experiential perspective. In L.Castonguay&C.E.Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington DC: *American Psychological Association*.
- Greenberg, L.S. (2010). *Emotion-focused therapy. Theory, research and practice*. Washington DC: *American Psychological Association*.
- Greenberg, L.S. (2010). Emotion-Focused Therapy: An overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, *4*(33), 1-12.
- Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, *25*, 461-468.
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*, 431–442. doi:10.1037/0033-3204.42.4.431

- Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. (3rd edition). Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. doi:10.1037//0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.37-69). New York: Oxford University Press
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.816882>
- Jacobson N S, Truax P, (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 12-19
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J. N., & de Roten, Y. (2015). One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Lambert, M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2 (2), 24-27.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., & Reisinger, C. W. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Stevenson, MD: *American Professional Credentialing Services LLC*.
- Laws, H. B., Constantino, M. J., Sayer, A. G., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Manber, R., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Steidtmann, D., Thase M. E., & Arnou. B. A.

- (2017). Convergence in patient–therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment. *Psychotherapy Research*, (27), 4, 410-424, DOI: 10.1080/10503307.2015.1114687
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. (2014). *Normative data, reliability and clinical significance cut-offs for the Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45)*.
- Machado, P. P., & Klein, J. (2006). *The outcome questionnaire – 45: Portuguese psychometric data with a non-clinical sample*. Poster presented in the Society for Psychotherapy Research Annual Conference, Edinburgh, Scotland.
- Machado, P.P.P. & Horvath, A. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica – W.A.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol II, pp.87-94). Braga: S.H.O. e APPORT.
- 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, 861-871. doi: 10.1037-0022-0066X.73.5.861
- Moreira, I. J. T. (2015). *Produtividade emocional e a sua relação com a ativação e a aliança terapêutica: Um estudo de dois casos contrastantes de Terapia Focada nas Emoções*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Universitário da Maia, Maia.
- Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 320–340). New York, NY: Guilford Press.

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 4–8. doi:10.1037/a0022180
- O Inventário da Aliança Terapêutica – versão reduzida (WAI-RR), adaptado por Machado e Ramos, (2006) para a população portuguesa de *Working Alliance Inventory - Short Revised* (WAI-SR) (Hatcher & Gillaspay, 2006; Tracey & Kokotovic, 1989, versão portuguesa de Machado & Horvath, 1999).
- Paivio. S. C. (2013). Essencial Process in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy*, 50(3). 341-345. DOI: 10.1037/a0032810.
- Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. NY: Dell.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25-31. DOI: 10.1007/s10879-006-9031-z. *Practice*, 2 (2), 24-27. *Psychotherapies* (pp. 106-142). New York: Routledge.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilíbrios.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Salgado, J. (2014, June). *ISMAI Depression Project: Results of a comparative clinical trial of EFT and CBT*. Paper presented at the 45th Society for Psychotherapy Research Annual Meeting, Copenhagen, Denmark

- Sharf, J., Primavera, L., & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637-645. doi: 10.1037/a0021175.
- Singh, M. (1994). *Validation of a measure of session outcome in the resolution of unfinished business* (Unpublished doctoral dissertation). York University, Toronto, ON.
- Spielberger, C. D. (1988). State-Trait Anger Expression Inventory. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Swift, J., & Callahan, J. (2009). Early psychotherapy processes: An examination of client and trainee clinician perspective convergence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 228–236. doi:10.1002/cpp.617
- Warwar, S., & Greenberg, L. S. (1999). Client Emotional Arousal Scale – III. *Unpublished manuscript*, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), 267-296.
- Watson, J. C. (2010). Case formulation in EFT. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1). 89-100. DOI: 10.1037/a0018890.
- Williams, D. C., & Levitt, H. M. (2007). Principles of facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 66-82.