



Instituto Universitário da Maia

Diana Marina Mendes Ferreira

Nº27771

**Ruturas na Aliança Terapêutica em Terapia Focada nas Emoções para a
Depressão: Estudo de dois casos contrastantes**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Carla Alexandra Castro Cunha

Castêlo da Maia, Setembro de 2018

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de deixar um agradecimento à minha orientadora da dissertação, a professora Doutora Carla Cunha. Agradecer, antes de mais, por me ter aceite como sua orientanda, por todos os ensinamentos que me possibilitou adquirir ao longo deste ano e pelo apoio e disponibilidade prestados, algo que se revelou essencial, nomeadamente nesta fase final. Obrigada pela forma dedicada e apaixonada com que se entrega à Psicologia, particularmente à Terapia Focada nas Emoções, e por transmitir parte dessa paixão aos seus alunos. Foi um privilégio “crescer” consigo!

Em Segundo lugar, presto um sentido agradecimento à Doutora Ana Bela Couto, por ter sido uma fonte de suporte ao longo de todo este ano. Agradeço todas as horas despendidas, toda a paciência que teve comigo, tudo aquilo que me ensinou e para o qual me desafiou. Este foi um ano de crescimento a vários níveis e muita dessa evolução deu-se graças a si. Não posso deixar de agradecer toda a ternura, carinho e alento nas horas mais difíceis. Obrigada por acreditar em mim nos momentos em que eu própria já não acreditava. Obrigada pelo incrível ser humano e profissional que é, levo-a no meu coração!

Quero deixar ainda um agradecimento especial à minha companheira de muitas horas, a ti Patrícia Silva. Foi um prazer traçar este percurso contigo. Obrigada por todas as partilhas e por toda a boa energia que sempre me transmitiste. Obrigada por me fazes ver o cenário positivo, quando eu insistia em fazer sobressair o cenário negativo.

Agradeço ainda ao núcleo investigador da UNIDEP, por toda a paciência que tiveram para comigo ao longo deste ano e pela amabilidade particular de algumas investigadoras às quais só me resta agradecer. Obrigada por todo o carinho e pelas palavras dóceis que me transmitiram em momentos de maior fragilidade, não as esquecerei.

Como não poderia deixar de ser expresso um gigantesco OBRIGADA aos grandes amores da minha vida: a ti pai e a ti mãe. Vocês que sempre me acompanharam, me deram força para seguir em frente e me fizeram sentir segura independentemente de como tudo o resto se pudesse desenrolar. Obrigada por toda a paciência que tiveram comigo nos meus momentos de tristeza e revolta, obrigada pelo amor que me deram ao longo de todos estes anos, por respeitarem as minhas frustrações e por serem os primeiros a querer comemorar as minhas pequenas vitórias. Amo-vos incondicionalmente.

Agradeço ainda a ti Luís, uma das pessoas mais incríveis que o destino decidiu colocar no meu caminho. Obrigada por todo o incentivo que me dás desde o meu primeiro dia no ISMAI, obrigada pelas palavras, por todo o amor e carinho que não deixas nunca faltar. Parte do que sou hoje devo sem dúvida a ti!

E não poderia deixar de agradecer a ti Letícia, amor da madrinha, pelo arco-íris que trouxeste à minha vida! Obrigada essencialmente por me fazeres perceber que as coisas podem ser bem mais simples do que aparentam ser.

E por último, agradecer ao melhor irmão que a vida me poderia ter dado, a ti cunhadinha e a muitos outros familiares e amigos pela força que me deram ao longo de todo o meu percurso académico. MUITO OBRIGADA A TODOS VOCÊS!

Resumo

A aliança terapêutica pressupõe um acordo quanto aos objetivos e tarefas em psicoterapia, bem como o estabelecimento de um vínculo terapêutico. Nesse sentido, quando surgem desentendimentos em qualquer um desses níveis, emergem rupturas na aliança. Estas caracterizam-se por momentos de ruptura ou tensão do processo colaborativo anterior, sendo ocorrências comuns e inevitáveis em vários momentos da terapia. Podem apresentar dificuldades à continuidade do processo, bem como demonstrar-se momentos-chave e oportunidades de crescimento terapêutico. Objetivos: O presente estudo irá: a) descrever a ocorrência e os tipos de rupturas em dois casos contrastantes de Terapia Focada nas Emoções para depressão; b) analisar as diferenças nas rupturas considerando os resultados distintos desses casos (sucesso e insucesso); c) analisar a associação entre as rupturas na aliança e a evolução dos sintomas gerais e depressivos ao longo do processo terapêutico. Método: O Sistema de Classificação de Rupturas foi aplicado num total de 10 sessões (5 sessões cada), convergindo com os dados do cliente obtidos do Working Alliance Inventory (WAI), do Outcome Questionnaire-10 (OQ-10) e do Beck Depression Inventory-II (BDI-II), aplicados no decorrer do processo terapêutico. Resultados e discussão: Os casos foram contrastados em critérios qualitativos e quantitativos e os resultados sugerem a ocorrência de um maior número de rupturas no caso de insucesso, embora com diferenças que não são estatisticamente significativas, relativamente ao número de rupturas no caso de sucesso. Verificaram-se maiores níveis de significância das rupturas de confronto para o caso de insucesso quando comparado com o outro caso. Por outro lado, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de rupturas na aliança e a sintomatologia geral e depressiva ao longo do processo terapêutico, em qualquer dos casos.

Palavras-chave: aliança terapêutica; rupturas; sintomas depressivos; sucesso terapêutico; insucesso terapêutico; terapia focada nas emoções.

Abstract

The therapeutic alliance presupposes an agreement on aims and tasks in psychotherapy, as well as an establishment of a therapeutic bond. In this sense, when disagreements arise at any of these levels, alliance ruptures emerge. These are characterized by moments of breakdown or tension of the previous collaborative process, being common and inevitable occurrences at several moments of therapy. They may represent difficulties in the continuation of the process, such as demonstrating key moments and opportunities for therapeutic growth. Aims: The present study will: a) describe the occurrence and types of ruptures in two contrasting cases of Emotion-Focused Therapy for depression; b) analyze the differences in ruptures considering the distinct outcomes (good and poor) of these cases; c) analyze the association between alliance ruptures and the evolution of general and depressive symptoms, throughout the therapeutic process. Method: The Rupture Resolution Rating System will be applied in a total of 10 sessions (5 sessions each), converging with the client data collected with the Working Alliance Inventory (WAI), the Outcome Questionnaire 10 (OQ-10) and Beck Depression Inventory II (BDI-II) applied during the development of the therapy. Cases will be contrasted in qualitative and quantitative criteria. Results and discussion: Results suggest the occurrence of a greater number of ruptures in poor outcome case (although not statistically significant) and levels of significance in the confrontation ruptures for this case. On the other hand, there was no statistically significant association between the occurrence of alliance ruptures and general and depressive symptomatology throughout the therapeutic process, and these results were presented, analyzed and further discussed in the present study.

Keywords: therapeutic alliance; ruptures; depressive symptoms; good outcome case; poor outcome case; emotion focused therapy

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Ruturas na Aliança Terapêutica.....	4
1.1. Aliança Terapêutica	
1.1.1. Origens e Conceito	4
1.1.2. Aliança Terapêutica e Resultados da Psicoterapia	7
1.1.3. A aliança Terapêutica em Terapia Focada nas Emoções (TFE).....	9
1.2. Ruturas na Aliança Terapêutica	
1.2.1. O Conceito das Ruturas na Aliança Terapêutica e seu enquadramento.....	12
1.2.2. Tipos de Ruturas na Aliança e seus Marcadores.....	15
1.2.3. Ruturas na Aliança Terapêutica e Resultados da Psicoterapia.....	19
1.2.4. Impacto Clínico das Ruturas na Aliança Terapêutica	21
1.2.5. Estudos realizados com o <i>Rupture Resolution Rating System</i> (3R’S).....	24
O Presente Estudo.....	28
Capítulo II – Estudo Empírico.....	29
2.1. Questão de Investigação e Objetivos de Estudo.....	29
2.2. Método.....	30
2.2.1. Participantes.....	30
2.2.1.1. Clientes.....	30
2.2.1.2. Terapeuta.....	32
2.2.1.3. Investigadoras.....	32
2.2.2. Tratamento.....	33
2.3. Medidas.....	33
2.3.1. Medidas de Processo.....	33
2.3.2. Medidas de Resultado.....	34

2.4.Procedimentos.....	35
2.4.1. Fase de treino.....	37
2.4.2. Seleção da Amostra.....	37
2.4.3. Fase de Codificação.....	38
2.4.4. Análise de Dados.....	39
2.5.Resultados.....	39
2.5.1. Ocorrência de rupturas na aliança em dois casos contrastantes em TFE.....	39
2.5.2. Diferenças no caso de sucesso e insucesso quanto às rupturas na aliança.....	43
2.5.3. Associação entre rupturas na aliança e a evolução da sintomatologia nos dois casos	43
2.5.4. Associação entre a WAI (versão C e T) e rupturas na aliança	44
2.6.Discussão.....	45
2.7.Conclusão.....	48

Referências

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Ruturas de Evitamento e Confronto e seus Marcadores: Identificação, Definição e Exemplo.....	16
Tabela 2 – Descrição das Clientes	30
Tabela 3 - Resultados dos testes psicométricos do caso de sucesso e do caso de insucesso terapêutico.....	30
Tabela 4 - Significância das ruturas na aliança	33
Tabela 5 - Descrição e ocorrência de ruturas na aliança no caso de sucesso e no caso de insucesso	38
Tabela 6 - Vinhetas clínicas representativas dos diferentes marcadores para o caso de sucesso e para o caso de insucesso terapêutico.....	41
Tabela 7 - Diferenças nas ruturas na aliança no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico.....	41

Índice de Figuras

Figura 1 – Nível de significância das rupturas no caso de sucesso e insucesso terapêutico.....40

Introdução

A aliança terapêutica vem sendo descrita como parte integrante do processo terapêutico (Nienhuis et al., 2016). Esta apresenta-se como um dos tópicos mais populares na investigação científica e no acompanhamento psicológico, sendo uma variável fundamental do relacionamento terapêutico (Wang, Chen, & Guo, 2017) e apontada como um preditor robusto do resultado (Eubanks, Burckell, & Goldfried, 2018; Flückiger et al., 2018). Mais do que preditivo, existem evidências acerca a existência de uma relação bidirecional entre a aliança terapêutica e o resultado do processo terapêutico (Vîslă, Constantino, Newkirk, Ogrodniczuk, & Söchting, 2018). Apresentada como multidimensional, a aliança consagra os seguintes pressupostos: acordo relativamente aos objetivos a atingir, concordância face às tarefas e estabelecimento de um vínculo emocional entre a díade (terapeuta-cliente) (Bordin, 1979; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Desta forma, a existência de uma quebra em qualquer um desses pressupostos culmina no surgimento de uma rutura na aliança terapêutica (Baillargeon, Coté, & Douville, 2012; Safran & Muran, 2011). Esta pode emergir em qualquer momento do processo terapêutico (Safran & Kraus, 2014) e ter implicações diferenciadas. Por um lado, a literatura sustenta que estes momentos podem desencadear no/a cliente sentimentos de descrença para com a expectativa de mudança (Bartholomew, Gundel, & Scheel, 2017), conduzir ao enfraquecimento relacional (Coutinho, Ribeiro, Sousa, & Safran, 2014), podendo dificultar o prosseguimento da terapia (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2014) e culminar num caso de insucesso terapêutico (Larsson, Falkenström, Anderson, & Holmqvist, 2016). Por outro lado, existem evidências de que a existência de momentos deste tipo poderão ser geradores de crescimento e mudança, nomeadamente de padrões disfuncionais para outros mais funcionais e adaptados (Sommerfield, Orbach, Zim, & Mikulincer, 2008).

Perante tal complexidade associada ao conceito da aliança, tendo por base os diferentes efeitos que esta pode desencadear no processo terapêutico, é compreensível a sua importância, nomeadamente em psicoterapias humanistas e experienciais, como é o caso da Terapia Focada nas Emoções (TFE), terapia sobre a qual se irá debruçar a presente dissertação.

A TFE ou terapia processo-experiencial (Greenberg & Watson, 2006) enfatiza o papel da experiência emocional, assumindo-a como fundamentalmente adaptativa (Adler, Shahar, Dolev, & Zilcha-Mano, 2018). Esta terapia encontra-se empiricamente apoiada no tratamento da depressão (Goldman, Greenberg, & Angus, 2006), tendo como principal objetivo estabelecer uma relação empática e genuína entre cliente e terapeuta (Greenberg, 2004), possibilitando aceder e transformar os esquemas emocionais maladaptativos que mantêm o quadro depressivo. Através do processo terapêutico, as emoções são acedidas e trabalhadas, permitindo ao/à cliente efetuar uma organização dessas mesmas e/ou desenvolver outras emoções mais adaptativas (Greenberg, 2017). Para a TFE, a aliança é terapêutica em si mesma, sendo esta relação o meio essencial para atingir o fim desejado, garantido por um ambiente facilitador de modos particulares de processamento emocional caracterizado por sintonização empática, congruência e aceitação (Greenberg, 2014).

Perante a compreensão dos fundamentos da TFE e atendendo às diferentes implicações associadas ao conceito da aliança, considerou-se ser interessante desenvolver o presente estudo baseado na deteção destes momentos em TFE para a depressão. Este estudo será inovador no sentido em que se debruça na deteção destes momentos utilizando o método observacional *Rupture Resolution Rating System* (3R'S) em casos de TFE, algo que ainda não foi concretizado anteriormente.

Assim, o primeiro capítulo consagra um domínio concetual dos conceitos em estudo (e.g., aliança, rupturas na aliança terapêutica). Já o segundo capítulo, de carácter empírico, apresenta as questões e objetivos deste estudo, e efetua uma descrição das medidas e

procedimentos utilizados. Seguidamente, são apresentados e discutidos os resultados deste estudo, bem como as suas limitações. Conclui-se a presente dissertação com a reflexão acerca de possíveis direções futuras, bem como das possíveis implicações clínicas destes resultados para a prática clínica de TFE e seus terapeutas.

Capítulo I – Ruturas na aliança terapêutica

1.1. Aliança terapêutica

1.1.1. Origens e Conceito

De origem psicanalítica (Bordin, 1979; Shateri & Lavasani, 2018), a aliança terapêutica tem sido uma das variáveis mais estudadas na investigação em psicoterapia (Rodgers et al., 2010; Safran & Muran, 2006). Pelo crescente reconhecimento do seu importante papel no processo terapêutico, a sua utilização acabou por se estender aos diversos modelos psicoterapêuticos (González, 2005), tornando-se assim um conceito transteórico (Bordin, 1979; Constantino et al., 2017; Goldman, Hilsenroth, Owen & Gold, 2013). Todavia, ainda existe alguma controvérsia no que diz respeito à sua definição (Safran & Muran, 2006; Rodgers et al., 2010). O conceito de aliança terapêutica tem a sua raiz na corrente Freudiana (Horvath et al., 2011) através da introdução do conceito de transferência positiva, ou seja, a presença de um vínculo terapêutico que garanta uma permanência e envolvimento do/a cliente no processo, mesmo perante estados emocionais mais negativos (e.g., ansiedade) (Horvath et al., 2011). Zetzel (1956, citado por Ribeiro, 2009) e Greenson (1965, citado por Ribeiro, 2009) foram pioneiros no interesse dedicado à aliança terapêutica e alertaram para o importante papel deste conceito, reforçando a importância das dimensões relacionais.

Perante o desenvolvimento do conceito de aliança, emerge um conjunto de investigação, cujo objetivo se centra no alargamento das raízes psicodinâmicas (Horvath et al., 2011). É neste sentido que emerge o trabalho de Luborsky (1988, citado por Ribeiro, 2009) influenciado pelo trabalho de Zetzel, que vem defender a correlação entre a evolução de uma aliança terapêutica positiva e os resultados terapêuticos. De acordo com Luborsky, a aliança entre terapeuta e cliente desenrola-se segundo duas fases específicas: uma primeira fase caracterizada pelo desenvolvimento de uma relação segura (e.g., atitude de cuidado e suporte

do/a terapeuta que cria uma sensação de confiança no/a cliente) que permita avançar-se para o trabalho terapêutico e uma segunda fase que pressupõe a colaboração e postura de abertura e compromisso por parte do/a cliente para com o processo terapêutico (1976, citado em Horvath et al., 2011).

É sob a influência destas abordagens psicanalíticas, que emerge Edward Bordin com um conceito multidimensional e transversal da aliança terapêutica (Bordin, 1979), que se generalizou às diversas terapias. Segundo Bordin (1979), a aliança terapêutica pressupõe um acordo quanto às tarefas e objetivos do tratamento, bem como o estabelecimento de um vínculo, remetendo-nos assim para uma dimensão colaborativa entre terapeuta e cliente (Horvath et al., 2011; Ribeiro, 2009). Através da introdução deste conceito, Bordin concluiu que apesar de transversal, cada terapia necessita de estabelecer diferentes tipos de aliança, metas e tarefas particulares, atendendo à terapêutica em utilização (Horvath, 2017).

À medida que a intervenção evolui, também a aliança vai sofrendo variações, ajustando-se assim às diferentes fases do processo terapêutico (Baillargeon et al., 2012) e às intervenções adotadas pelo/a terapeuta (Coutinho, Ribeiro, & Safran, 2009; Horvath et al., 2011). No que diz respeito às intervenções do/a terapeuta, Sahli, Roten e Despland (2015) sugerem a existência de uma correlação positiva entre as técnicas adotadas por este/a e o desenvolvimento da aliança terapêutica. Particularmente, as competências interpessoais (Holdsworth, Bowen, Brown, & Howat, 2014) e técnicas do terapeuta (Horvath et al., 2011), bem como as abordagens terapêuticas com enfoque na relação terapêutica, estão associadas a um maior envolvimento do/a cliente no processo (Holdsworth et al., 2014). Um estudo realizado por Ackerman e Hilsenroth (2003) no qual foram analisadas diferentes intervenções dos terapeutas e a sua relação para com a formação da aliança assumiu técnicas como exploração, aprofundamento, expressão facilitadora do afeto, interpretação, reflexão, apoio, atendimento à experiência do/a cliente, como algumas das técnicas positivamente

relacionadas à formação da aliança terapêutica. Por outro lado, estudos indicam que níveis mais elevados de concordância na aliança de trabalho estão também eles associados a uma maior probabilidade de sucesso terapêutico (Friedlander, 2015; Marmarosh & Kivligan, 2012). Para além disso, uma forte aliança tem sido apontada como responsável pela motivação e envolvimento do/a cliente para com o processo (Zilcha-Mano, Muran, Eubanks, Safran, & Winston, 2018). Inversamente, outros estudos concluem que este envolvimento é influenciado pela motivação pré-tratamento e *insight* para com as suas dificuldades e/ou problemas (Cheng & Lo, 2018), defendendo-se que as características e esquemas interpessoais do/a próprio/a cliente influenciam no envolvimento para com o processo (Zilcha-Mano et al., 2018).

Por outro lado, clientes diagnosticados com perturbações da personalidade apresentam maiores dificuldades na formação da aliança terapêutica (Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011; Forster, Berthollier, & Rawlinson, 2014). Independentemente da terapia, a aliança apresenta como denominador comum a existência de uma relação terapêutica baseada numa parceria contratual, limitada no tempo, de forma a atingir um resultado comum (Horvath, 2018).

Deste modo, conclui-se que a aliança terapêutica possui um carácter diádico e relacional, cuja natureza interdependente e interativa influencia a avaliação que vai sendo feita desta, tanto pelo/a terapeuta como pelo/a cliente, ao longo das sessões (Zilcha-Mano et al., 2016). Esta avaliação é essencial para captar a natureza dinâmica da aliança terapêutica, essencialmente quando é realizada de forma contínua e atenta às mudanças que nela possam ocorrer (Chu, Suveg, Creed, & Kendall, 2010). A qualidade desta relação, particularmente em fases iniciais do tratamento, tem dado evidências da sua importância (Flückiger, Del Re, Symonds, & Wampold, 2012; Strauss et al., 2006), sendo apontada como facilitadora da mudança (McLaughlin, Keller, Feeny, Youngstrom, & Zoellner, 2014).

1.1.2. Aliança Terapêutica e Resultados da Psicoterapia

A aliança terapêutica é uma parte importante do processo terapêutico (Coutinho et al., 2014) que tem sido apontada como preditora do resultado terapêutico (Coutinho et al., 2014; Flückiger et al., 2012; Flückiger, Del Re et al., 2018, Laws et al., 2017; Safran, Muran, & Shaker, 2014; Zilcha-Mano et al., 2018; Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt, & Wampold, 2010), ou seja, que conduz à mudança terapêutica (Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013). Mais especificamente, a literatura sugere que quanto mais forte for a aliança terapêutica melhores serão os resultados terapêuticos, assumindo-se fortes alianças terapêuticas como preditores de sucesso terapêutico (Baillargeon, et al., 2012; Stevens, Muran, Safran, Gorman, & Winston, 2007). Por outro lado, uma aliança pobre tem sido apontada como influente no tratamento malsucedido (Zilcha-Mano et al., 2018). Existem evidências de que as classificações da aliança dos próprios terapeutas se relacionam com os resultados terapêuticos obtidos, nomeadamente melhores classificações na medida de aliança como associados à melhoria dos sintomas do/a cliente (Bickman et al., 2012).

Contudo, se por um lado a vertente colaborativa da aliança denota ser transversal às diversas teorias psicológicas (Karyn, Ruiz-Cordell, & Safran, 2007; Ribeiro, 2009), por outro lado, o valor terapêutico da aliança e a forma como esta é operacionalizada não tem sido tão consensual (Ribeiro, 2009). Nesse sentido, Zilcha-Mano (2017) defende que, embora os investigadores confiem numa aliança “terapêutica em si mesma” (p. 311), uma outra fração de teóricos define-a como “subproduto do tratamento efetivo” (Zilcha-Mano, 2017, p. 311). Alguns autores assumem-na como um fator causal relativamente ao resultado (Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006), enquanto outros a vêem como uma consequência da alteração dos sintomas, e não como a causa, associando a qualidade da aliança às expectativas prévias do cliente (Webb, Beard, Auerbach, Menninger, & Bjorgvinsson, 2014). Desta forma,

compreende-se a complexidade inerente ao estudo da aliança (Green, 2009), a sua natureza dinâmica (Safran, Muran, & Proskurov, 2009) e o caráter amplo e evolutivo associado ao conceito (Krause, Altimir, & Horvath, 2011). Para além disso, apresenta-se como um processo permanente e bidirecional, que pressupõe uma regulação das partes (neste caso, terapeuta e cliente), bem como uma autorregulação, estando ambas extrinsecamente relacionadas (Guzman, Tomicic, Medina, & Krause, 2014).

Independentemente do tipo de terapia utilizada, mesmo quando implementada uma terapia manualizada, é indispensável a correta monitorização da aliança terapêutica ao longo de todo o processo (McLaughlin et al., 2014). Por outro lado, a necessidade de um crescimento linear e constante da aliança nem sempre será adequado, uma vez que existem evidências de que esse padrão pode não ser necessário para a obtenção de resultados positivos ao longo da terapia. Pelo contrário, podem relacionar-se diversos padrões de evolução com um resultado terapêutico positivo (Chu et al., 2010). Aquilo que tem vindo a ser apontado como fundamental baseia-se no alcance de um maior consenso e negociação entre terapeuta e cliente no decorrer no processo terapêutico (Laws et al., 2017) e a confiança e comprometimento do/a cliente para com a terapia (Clemence, Hilsenroth, Ackerman, Strassle, & Handler, 2005). Para além disso, clientes com maior propensão para formar relacionamentos fortes e satisfatórios com os outros apresentam uma maior probabilidade de formar uma aliança igualmente forte para com o/a terapeuta e acabar por beneficiar de um resultado terapêutico positivo (Zilcha-Mano, 2017). Fomentar no/a cliente uma aliança positiva, assim como a sensação de domínio e autoeficácia foram recentemente apontados como fatores geradores de uma diminuição dos problemas, alteração de comportamentos e, conseqüentemente, como variáveis ou causas na diminuição da sintomatologia depressiva (Schwartz, Hilbert, Schlegl, Diedrich, & Voderholzer, 2018).

Ao longo das últimas décadas foram várias as meta-análises desenvolvidas com o intuito de avaliar a relação existente entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia (Del Re, Flückiger et al., 2012; Flückiger et al., 2018; Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012; Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). A primeira meta-análise realizada abarcou 24 estudos que correlacionavam o *Working Alliance Inventory* (WAI) com o resultado terapêutico. Com base nessa análise, concluiu-se a existência de uma correlação moderada, mas confiável ($r = .26$, $k = 24$) entre esta medida de autorrelato e os casos de sucesso terapêutico (Horvath & Symonds, 1991). As seguintes meta-análises revelaram correlações semelhantes entre a aliança terapêutica e o resultado da psicoterapia (Del Re, Flückiger et al., 2012: $r = .274$, $k = 69$; Flückiger et al., 2018: $r = .278$, $k = 295$; Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012: $r = .29$, $k = 235$; Horvath & Bedi, 2002: $r = .21$, $k = 100$; Horvath et al., 2011: $r = .278$, $k = 190$).

Desta forma, poderemos concluir a existência de uma estabilidade e consistência quanto à associação entre aliança e resultado terapêutico, independentemente do *design* do estudo ou características do tratamento (Flückiger et al., 2012).

1.1.3. A aliança terapêutica em Terapia Focada nas Emoções (TFE)

A TFE emergiu da orientação humanista experiencial (Goldman, 2016), integrando os princípios da Terapia Centrada na Pessoa de Rogers (1959); da Terapia Gestalt (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951); da Terapia Existencial (Yalom, 1980); e da Terapia Experiencial de Gendlin (1996). Inicialmente desenvolvida para a depressão (Greenberg & Watson, 2006), consiste numa terapia integrativa (Elliott e Greenberg, 2016), ao basear-se em diferentes métodos e técnicas experienciais para trabalhar com as emoções (Goldman, 2017).

A TFE atribui uma importância central à experiência emocional do/a cliente, assumindo-a como resultado de uma síntese de diversos processos emocionais (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2014). As emoções são descritas como detentoras de um potencial fundamentalmente adaptativo que, ao ser ativado, poderá permitir alterar estados emocionais dolorosos, problemáticos ou indesejados para o/a cliente (Adler et al., 2018). As emoções associam-se a uma rede multimodal de informação constituída por diversos pensamentos, sentimentos, crenças e desejos, sendo que, ao aceder-se a uma emoção particular, se acede a essa mesma rede (Paivio, 2013). Assim, a TFE atribui um papel crucial às emoções, nomeadamente recorrendo ao seu papel na explicação acerca do funcionamento adaptativo ou maladaptativo, no modo como se experiencia o *self* e na mudança terapêutica (Allan & Johnson, 2017).

A TFE assume o estabelecimento de uma relação terapêutica e o processamento emocional como os dois mecanismos primários responsáveis pela mudança (Paivio, 2013). Esta modalidade pressupõe a existência de um relacionamento terapêutico caracterizado por um/a terapeuta presente, empático/a, aceitante e congruente, que permita estabelecer um vínculo afetivo com o/a cliente (Bordin, 1979). O/a terapeuta atende aos diferentes aspetos da experiência emocional do/a seu/sua cliente, prestando especial atenção àquilo que este/a sente e o modo como o compreende e significa (Goldman, 2017). Segundo os princípios da TFE, o/a terapeuta deverá *seguir* (relacionamento centrado no/a cliente) e *guiar* o/a cliente (orientar o experienciar e processar emocional em sessão), alternando entre estes estilos terapêuticos ao longo das sessões (Greenberg, 2006). A relação terapêutica é descrita como um preditor direto de mudança, sendo a presença do/a terapeuta central para o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva, ao existir uma sintonização do/a terapeuta para com o/a cliente, momento a momento (Geller & Greenberg, 2012; Greenberg, 2014). Daí assumir-se a relação como curativa em si mesma. Perante este contexto empático,

compreensivo e aceitante, o/a cliente sentir-se-á validado e respeitado, diminuindo o isolamento e o sofrimento anteriormente experienciado, e sentindo-se capaz de regular as suas emoções dolorosas (Greenberg, 2014). A formação do relacionamento terapêutico é essencial para o processo de mudança, ao traduzir-se num clima seguro em que o/a cliente se sente mais disposto e capacitado para explorar e lidar com as emoções, nomeadamente as mais dolorosas (Goldman, 2017). De acordo com Greenberg (2011), para que se atinga uma mudança eficaz em psicoterapia é necessária a ocorrência de uma mudança emocional.

A terapia é um processo co-construído, no qual cliente e terapeuta têm um papel participante e onde se influenciam reciprocamente, com vista a facilitar o experienciar, aprofundar e processar da experiência emocional do/a cliente (Greenberg, 2014). O processamento emocional refere-se ao modo como o/a cliente é capaz de aceder a uma experiência emocional particular, a forma como a aceita e a significa, passando-se em seguida para um trabalho de transformação dessa emoções desadaptativas para emoções mais funcionais para o/a cliente (Dillon, Timulak, & Greenberg, 2016).

Para cada uma das diferentes emoções e dificuldades de processamento emocional são aplicadas diferentes intervenções em terapia, designadas de tarefas (*tasks*). As tarefas são sugeridas mediante a identificação de marcadores ou indicadores de processos problemáticos, segundo a perspetiva da TFE (e.g., reação problemática, discurso incoerente, confusão relativa a uma experiência interna, trauma). Estes marcadores são trabalhados com base em tarefas terapêuticas (e.g., focalização, tarefa de cadeira vazia) especificamente desenvolvidas para endereçar cada marcador (Greenberg, 2014; Paivio, 2013). O bom resultado terapêutico emerge da conjugação entre uma relação curativa (como uma experiência emocional e relacional corretiva) e da formação de um contexto facilitador de processos particulares de mudança (Greenberg, 2014).

1.2. Ruturas na Aliança Terapêutica

1.2.1. O conceito das Ruturas na Aliança Terapêutica e seu enquadramento

Como anteriormente referido, a aliança pressupõe um vínculo terapêutico, assim como uma concordância quanto aos objetivos e tarefas ao longo do tratamento (Bordin, 1979), sendo estas dimensões interdependentes (Ribeiro, 2009). Nesse sentido, quando surge um desacordo face às tarefas e objetivos terapêuticos ou uma tensão no vínculo emocional, emergem as designadas ruturas na aliança terapêutica (Baillargeon et al., 2012; Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2010; Safran & Muran, 2005; Safran & Muran, 2006; Safran & Muran, 2011). A investigação sobre ruturas na aliança e sua resolução permitiu a emergência de uma segunda geração na investigação da aliança terapêutica (Safran, Muran & Samstag, 2001). Esta teve o objetivo de compreender quais os fatores inerentes à evolução da aliança, assim como identificar os processos envolvidos na resolução de ruturas na aliança terapêutica (Coutinho et al., 2014; Muran & Safran, 2011; Safran et al., 2001).

A existência de um desacordo entre a díade pode não representar uma rutura na aliança (Eubanks, Muran, & Safran, 2015). Para poderem ser consideradas como ruturas na aliança é necessário que ocorra uma falta de colaboração diádica e/ou tensão na relação terapêutica (Salgado, 2016). Estas ruturas ou impasses são ocorrências comuns (McLaughlin et al., 2014) que, inevitavelmente, poderão ocorrer em qualquer momento do processo terapêutico (Safran & Kraus, 2014). Podem variar em intensidade e duração, sendo concebidas como uma mudança negativa na qualidade da aliança ou um problema no estabelecimento desta (Eames & Rote, 2000). Deverá ainda atender-se ao facto de que todo o processo e a própria ocorrência de ruturas na aliança poderão ser influenciados pela personalidade do/a cliente e terapeuta, pelos seus padrões de relacionamento ou esquemas interpessoais (Colli & Lingiard, 2009).

A emergência de eventos de rutura na aliança poderá revelar-se como um ponto crítico da terapia (Friedlander, 2015; Sommerfield et al., 2008), ao apresentar barreiras ao processo

terapêutico, podendo ainda resultar num término antecipado do processo terapêutico, designado na literatura científica por *dropout* (e.g., uma desistência do cliente quanto ao processo terapêutico) (Eubanks-Carter et al., 2010). Por outro lado, estes momentos tendem a associar-se ao modo relacional central desadaptado, que é evocado no aqui e agora da relação terapêutica (Kramer, Pascual-Leone, Despland, & Roten, 2014), e podem assumir-se como uma oportunidade de reconhecimento e criação de *insight* acerca de padrões desajustados do/a cliente, possibilitando assim a emergência de momentos de mudança relacional (Sommerfield et al., 2008).

Diversos estudos sobre a emergência de rupturas na aliança foram sendo desenvolvidos ao longo dos últimos anos, utilizando diferentes métodos de deteção do fenómeno das rupturas. Um dos métodos mais reconhecidos internacionalmente é o sistema observacional *Rupture Resolution Rating System* (3R's; Eubanks, Muran, & Safran, 2015), no qual se baseia o presente estudo, e que será apresentado de um modo mais pormenorizado num momento subsequente desta dissertação. No entanto, outros métodos têm sido utilizados e descritos na literatura de forma a identificar este mesmo fenómeno, pelo que se fará uma breve apresentação dos mesmos.

Outros métodos que têm sido utilizados para identificar este mesmo fenómeno, assentam na utilização de medidas de autorrelato acerca da aliança terapêutica. Assim, as diversas medidas que avaliam a aliança podem ser utilizadas como medidas indiretas de deteção de momentos de ruptura e reparação através da análise das flutuações da aliança terapêutica ao longo do processo (McLaughlin et al., 2014). Alguns exemplos destas medidas são a *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), a *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS, Marmar, Weiss, & Gaston, 1989), a *Agnew Relationship Measure* (ARM; Agnew-Davies, Stiles, Hardy, Barkham, & Shapiro, 1998), o

Helping Alliance Questionnaire (HAQ-I; Alexander & Luborsky, 1987) e ainda o *Post-Session Questionnaire* (PSQ; Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2004).

A estratégia indireta de avaliação de rupturas consiste na obtenção de informação sobre a aliança em geral, baseando-se em instrumentos preenchidos pelo/a cliente e terapeuta ao longo das sessões. Ao analisarem as flutuações ocorrentes das pontuações dessas medidas, serão capazes de detetar, indiretamente, eventos de ruptura na aliança (Berk, 2013).

Por exemplo, o método desenvolvido por Stiles e seus colaboradores (2004) pressupõe a utilização das pontuações globais de medidas como a WAI para a identificação de mudanças significativas na aliança (isto é, rupturas como momentos de deterioração da aliança, como base no *feedback* dos clientes nas medidas de autorrelato). Assim, com base em equações de regressão que partem das pontuações obtidas nas medidas, conseguem calcular diferentes parâmetros para a composição do perfil do/a cliente como: a interceção, o declive, a curva em U ou V e a variabilidade tem vindo a ser utilizado em diversos estudos. De forma a serem detetados momentos de ruptura na aliança em diferentes estudos este método assume a necessidade de obtenção de uma pontuação menor nos valores da aliança, comparativamente aquele que seria de esperar tendo por base os parâmetros da interceção, inclinação/declive e a curva em pelo menos duas vezes o erro médio quadrático do/a cliente (Hunter, Button, & Westra, 2014; Stiles et al., 2004; Westra, Constantino, & Aviram, 2011). Diversos estudos prévios têm revelado dados interessantes sobre o fenómeno das rupturas terapêuticas. Eames e Rote (2000) concluíram que clientes caracterizados por um vínculo preocupado (e.g., clientes com uma autoavaliação negativa de si e positiva dos outros, adotando uma atitude de maior impulsividade e ansiedade e demonstrando necessidade em estabelecer vínculos profundos com os outros) denotaram uma melhoria na medida de aliança ao longo do processo terapêutico. Por outro lado, a frequência das rupturas revelou-se superior em clientes com

vínculo preocupado e menor em casos caracterizados por uma postura de desapego do/a cliente para com o/a terapeuta e/ou aspectos da terapia (Eames & Rote, 2000).

Por outro lado, Colli e Lingiardi (2009), ao se debruçarem sobre as intervenções adotadas pelo/a terapeuta, concluíram a existência de uma associação positiva entre intervenções positivas do/a terapeuta (e.g., focalizar a atenção no aqui e agora da relação; estar sintonizado/a com o/a cliente; revelar sentimentos; reformulação de tarefas e/ou objetivos), processos de maior colaboração entre a díade e marcadores indiretos de ruptura (para estes autores, rupturas indiretas e diretas correspondem, respectivamente, aos marcadores de evitamento e confronto adotados por Muran e Safran). Por sua vez, o estudo concebeu uma relação entre intervenções negativas do/a terapeuta (e.g., não sintonização para com a experiência do/a cliente; utilização de linguagem pouco clara; hostilidade; criticismo) e a emergência de rupturas diretas na aliança, assumindo que as rupturas diretas têm um maior impacto na aliança do que as rupturas indiretas.

Por fim, Coutinho e seus colaboradores (2011) verificaram que a ocorrência de momentos de ruptura estava associada a eventos nos quais os/as terapeutas tendiam a desafiar os/as seus/suas clientes, não estando estes/as capazes de tolerar esse desafio. Para além disso, verificaram uma maior dificuldade do/a terapeuta em empatizar com o/a cliente em eventos de confronto, assumindo que isso poderá ter influenciado negativamente as medidas de aliança dos/as clientes (Coutinho et al., 2011).

1.2.2. Tipos de Rupturas na Aliança e seus Marcadores

Jeremy Safran e Christopher Muran apresentam-se como dois dos autores com maior investimento no estudo das rupturas na aliança, ao longo dos anos. Em particular, assumem a importância do reconhecimento imediato de rupturas e, num momento seguinte, se focar na

exploração dos esquemas interpessoais característicos do/a cliente em questão (Chen, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Hasson-Ohayon, & Refaeli, 2016).

Para facilitar o reconhecimento de uma ruptura terapêutica e a investigação destes processos, estes autores desenvolveram o sistema observacional denominado de *Rupture Resolution Rating System* (3R's; Eubanks, Muran, & Safran, 2015), que será agora descrito. Este método categoriza e diferencia os comportamentos do/a cliente durante a ocorrência de uma ruptura e os autores propõem a distinção de dois tipos de rupturas: as rupturas de evitamento e as rupturas de confronto (Muran, Safran, & Eubanks-Carter, 2010).

As rupturas de evitamento resultam da negação de um estado emocional por parte do/a cliente e de um afastamento deste/a face ao/a terapeuta ou a algum aspeto da terapia (Muran et al., 2010), tal como um não envolvimento verbal ou uma discordância entre o conteúdo narrado e expresso (Colli e Lingiard, 2009). Associadas a este último tipo de rupturas (discordância entre o conteúdo narrado e expresso), podemos encontrar “expressões de alegria, sorriso social e valência emocional positiva” (Barros et al., 2016, p. 580), bem como uma maior dificuldade no processamento emocional e autoafirmação (Coutinho et al., 2011).

Já no que diz respeito às rupturas de confronto, o/a cliente expressa abertamente uma insatisfação para com o/a terapeuta e/ou terapia, podendo ocorrer também um controlo/pressão ou mesmo agressividade do/a cliente para com o/a terapeuta (Muran et al., 2010). Este desconforto é revelado através de expressões de descrença quanto ao seu papel de ajuda, sentimentos de abandono ou queixas quanto à crítica deste/a para consigo (Coutinho et al., 2011). O/a cliente poderá criticar diretamente o/a terapeuta quer como pessoa, quer através de críticas relativas à sua atividade enquanto terapeuta, expressas através de uma comunicação hostil (Colli & Lingiard, 2009). Segundo Barros e seus colaboradores (2016), as rupturas de confronto reportam a ações do/a cliente contra o/a terapeuta, onde são diretamente expressos os sentimentos de descontentamento e irritação. Estas rupturas

caracterizam-se por uma “ausência de valência emocional dos pacientes” (Barros et al., 2016, p.580). Adicionalmente, estes momentos foram associados ao aparecimento de modos mais conflituosos no relacionamento (e.g., mais confrontativos), embora somente quando os seus desejos ou representações mentais, se direcionavam para o terapeuta (Sommerfield et al., 2008). Deste modo, sessões com rupturas de confronto caracterizaram-se por períodos de maior discussão e menor colaboração, comparativamente com sessões sem rupturas (Sommerfield et al., 2008). Para além destas, podem emergir ainda rupturas mistas, ou seja, momentos com elementos quer de evitamento, quer de confronto (Eubanks, Muran & Safran, 2015).

De forma a facilitar a identificação destas rupturas, Eubanks e colaboradores (2015) desenvolveram alguns marcadores que identificam a presença de rupturas de evitamento e marcadores que indicam rupturas de confronto. Todo este trabalho deu origem ao sistema de codificação denominado de *Rupture Resolution Rating System (3R'S)* que permite a observadores externos identificar rupturas na aliança terapêutica. Esta identificação é realizada em sessões de psicoterapia, independentemente do modelo terapêutico, através das suas gravações e podem ser complementadas com as transcrições das mesmas (Eubanks et al., 2015).

A tabela 1 enuncia e descreve, de forma concisa, cada uma dessas rupturas, retiradas do manual de codificação da *Rupture Resolution Rating System (3R'S)*; Eubanks et al., 2015).

Tabela 1

Rupturas de Evitamento e Confronto e seus Marcadores: Identificação, Definição e Exemplo (retirado de Eubanks, Muran & Safran, 2015)

MARCADORES DE RUTURA	BREVE DEFINIÇÃO E EXEMPLO
	Ruturas de Evitamento
Negação	O Cliente afasta-se do/a terapeuta e/ou do trabalho terapêutico. Há negação de sentimentos, de relações interpessoais eventos, que aparentam ser importantes para o trabalho terapêutico, ou uma negação da sua importância. É um modo de se desligar ou afastar de um tópico ou atividade, dificultando o trabalho terapêutico. Pode existir, ou não, consciência por parte do/a cliente relativamente a essa negação. <i>“T: É interessante que compare essa missão com a morte da sua mãe. C: A morte da minha mãe foi o evento mais traumático da minha vida, até agora. Essa missão era</i>

	<i>apenas outra missão” (Eubanks et al., p.10)</i>
<u>Resposta Mínima</u>	<p>Caracterizado essencialmente por silêncios, ou respostas mínimas a perguntas e/ou declarações emergentes, que pretendem a iniciação e/ou desenvolvimento de um determinado assunto. É uma forma de se afastar das sucessivas tentativas do/a terapeuta para envolver o/a cliente no trabalho terapêutico. Poderá ainda envolver comportamentos, tais como: sair da sessão; o não-verbal do/a cliente expressa um evitamento do/a terapeuta (e.g., dificuldade em manter o contacto ocular, cai para baixo na cadeira); o cliente interrompe o trabalho terapêutico para verificar o telemóvel, atender chamadas, responder a mensagens. Poderá ainda, perante terapeutas excessivamente faladores, demonstrar-se aborrecido ou não envolvido naquilo que está a ser dito ou feito.</p> <p><i>“T: Teve um elevado progresso. Estamos apenas na 19ª sessão e já chegou tão longe. Pode ser frustrante ter de carregar esse tipo de coisas, mas poderá ser realmente útil tê-las consigo apenas nos momentos em que está tão sobrecarregado”.</i></p> <p><i>C: (acena a cabeça) hmm” (Eubanks et al., p.52)</i></p>
<u>Comunicação Abstrata</u>	<p>O cliente utiliza uma linguagem muito vaga ou demasiadamente abstrata, como forma de se distanciar do/a terapeuta, daqueles que são os seus sentimentos, problemas ou preocupações. Poderá verificar-se uma intelectualização do discurso do/a cliente (e.g., utilização de conceitos racionais); afirmações gerais ao invés de dar a conhecer de forma real os seus sentimentos e pensamentos; discurso de tal forma vago e confuso que poderá dificultar a sua compreensão pelo/a terapeuta.</p> <p><i>“ T: Incomodei-o ao dizer isso?</i></p> <p><i>C: Fiquei confuso, mas acho que é normal que as coisas confundam um pouco de vez em quando. Isso faz-nos pensar mais e aprender com isso.” (Eubanks et al., p.12)</i></p>
<u>Narrativa Evitante e/ou mudança de tópico</u>	<p>Há uma mudança constante do tópico de conversa e/ou um contar de histórias, cujo objetivo é o de evitar o trabalho decorrente na terapia (e.g., histórias tangenciais ou circunstanciais; pode falar de reações de outra pessoa para evitar falar acerca de si; ...).</p> <p><i>“T: Como pensa que estamos a chegar tão longe no nosso trabalho conjunto?</i></p> <p><i>C: Isso soa como uma questão de revisão de desempenho. Eu tive uma revisão de desempenho no trabalho na semana passada e foi tão stressante...” (Eubanks et al., p.13)</i></p>
<u>Indiferenciação e apaziguamento</u>	<p>Cliente excessivamente complacente de forma a evitar conflitos com o/a terapeuta, ou a dificultar a compreensão deste/a quanto aos seus sentimentos e pensamentos.</p> <p><i>“T: É um processo. Mas considero que podemos concordar, que é bom ter esse apoio.</i></p> <p><i>C: Sim, totalmente.</i></p> <p><i>T: Pode ser desafiante e aumentar sentimentos de tristeza.</i></p> <p><i>C: Sim.</i></p> <p><i>T: É isso que parece.</i></p> <p><i>C: Considero que está absolutamente certo. Concordo totalmente. Concordo a 100%” (Eubanks et al., p.15)</i></p>
<u>Conteúdo / afeto dividido</u>	<p>O discurso verbal e não-verbal (e.g., emoções) não são concordantes, ou são mesmo opostos. Um exemplo claro deste marcador poderá ser quando o/a cliente se encontra a falar de algo perturbador e sorri.</p> <p><i>“ Cliente aparenta estar choroso:</i></p> <p><i>T: É difícil para si falar sobre esses sentimentos tristes?</i></p> <p><i>C: (Um sorriso luminoso, forçado). Sim, é. Não é fácil falar” (Eubanks et al., p.16)</i></p>
<u>Autocrítica e/ou desesperança</u>	<p>O/a cliente envolve-se num processo depressivo de autocrítica e/ou desesperança. Este processo tem por objetivo afastar o/a terapeuta e evitar qualquer possibilidade de ser ajudado pelo terapeuta ou terapia. O cliente pode iniciar declarações em que se auto minimiza e rebaixa, revelando descrença nas possibilidades de ser ajudado, ou sequer existir solução para o seu problema.</p> <p><i>“T: Isso aparenta ser importante. Quer falar-me mais acerca disso?</i></p> <p><i>C: (Suspiros). Qual é o objetivo? Não me vai fazer sentir melhor” (Eubanks et al., p.17)</i></p>
Ruturas de Confronto	
<u>Reclamação / Preocupações sobre o terapeuta</u>	<p>Há uma expressão direta de sentimentos negativos sobre o/a terapeuta. Poderá verificar-se desconfiança, irritação, impaciência e ainda sensação de julgamento, falta de apoio, rejeição, controlo, desrespeito ou perceção de falta de incentivo do/a terapeuta para com o/a cliente.</p> <p><i>“ C: Estive a pensar em algumas coisas que me disse na semana passada. Não estava muito feliz sobre elas. Não tanto o que me disse, mas a forma como o disse. Estava-me a empurrar para um canto. Não pensei que essa era a forma de se ajudar as pessoas” (Eubanks et al., p.18)</i></p>
<u>Cliente rejeita a intervenção do terapeuta</u>	<p>Rejeição da interpretação ou esforços de intervenção do/a terapeuta. Pode fazê-lo de forma hostil, ou colocando fim a algo que o terapeuta possa querer trazer para a sessão.</p> <p><i>“ T: Quando é que a insónia começou?</i></p> <p><i>C: Que diferença isso faz?” (Eubanks et al., p.20)</i></p>

<u>Reclamação / Preocupações sobre as atividades da terapia</u>	Expressão de desacordo, insatisfação ou desconforto perante tarefas específicas. Essa reclamação poderá ser direta ou mais sutil, através de uma expressão de incertezas quanto à eficácia de dada tarefa. <i>T: Essa é a pressão que está a colocar em si mesmo, o tipo de coisas que não gostava que o seu chefe fizesse consigo.</i> <i>C: Sim. Isso é verdade. (Pausa). Acha que fazer esse exercício realmente me vai ajudar? (tom cético)”</i> (Eubanks et al., p.21)
<u>Reclamação / Preocupações sobre os parâmetros da terapia</u>	Preocupações e reclamações direcionadas para parâmetros da terapia, como é o caso dos horários estipulados para as consultas, a duração e a frequência destas, assim como, reclamações sobre os meios usados (e.g., questionários e filmagens). <i>C: Uma vez por semana não é suficiente. Não é tempo suficiente para resolver todos os meus problemas”</i> (Eubanks et al., p.22)
<u>Reclamação / Preocupações sobre o progresso da terapia</u>	Reclamações e preocupações sobre o progresso da terapia, atual e futuro. <i>C: Venho aqui há quatro semanas e não consigo pensar em nada que tenha mudado. Talvez isto tenha sido uma perda de tempo”</i> (Eubanks et al., p.23)
<u>Cliente defende-se contra o terapeuta</u>	O/a cliente tenta defender e apoiar os seus sentimentos, pensamentos ou comportamentos, após perceber uma crítica ou julgamento por parte do/a terapeuta, independentemente de ter existido ou não crítica deste/a para consigo. <i>T: Isso faz todo o sentido.</i> <i>C: Claro que faz! Eu não sou idiota!”</i> (Eubanks et al., p.24)
<u>Esforços para controlar / pressionar o terapeuta</u>	O cliente tenta controlar o/a terapeuta ou o próprio seguimento da sessão. Pode provocá-lo/a ou ainda pressioná-lo/a para uma resolução rápida dos seus problemas. <i>T: Precisa dizer isso aos seus pais.</i> <i>C: Pare.</i> <i>T: O seu cancro está no estádio 3.</i> <i>C: Pare, pare, pare com isso!”</i> (Eubanks et al., p.26)

1.2.3. Rupturas na Aliança Terapêutica e Resultados da Psicoterapia

A identificação das rupturas na aliança terapêutica vem sendo enunciada como fundamental no processo terapêutico (Eubanks-Carter et al., 2014; Falkenström et al., 2013; Muran et al., 2009). Ao ser identificada, torna-se possível a sua reparação e, eventualmente, a melhoria da relação e do próprio resultado terapêutico (Chen et al., 2016). Para além disso, poderá ser um meio de reforçar a expectativa do/a cliente quanto à eficácia do tratamento e de promover uma maior flexibilidade cognitiva deste/a quanto à utilidade da terapia como ponto de partida para atingir as suas metas (Bartholomew, 2017).

Detetar sinais de mudança que identifiquem momentos de tensão ou mesmo interrupção no processo, através de sequências temporais, poderão predizer uma maior e melhor competência na identificação e análise das rupturas na aliança (Eubanks-Carter, Gorman & Muran, 2012). Daí, considera-se útil uma recolha contínua, por parte do/a

terapeuta, quanto ao feedback fornecido pelo/a cliente, para que fique facilitada a detecção de possíveis rupturas na aliança terapêutica (Owen et al., 2011).

Ao longo dos últimos anos vários estudos se foram desenvolvendo, dando contributos interessantes para a comunidade científica, através das suas distintas análises e conclusões acerca das rupturas na aliança terapêutica. Focando na percentagem de ocorrências e resoluções das rupturas, um estudo levado a cabo por Muran e seus colaboradores (2009), concluiu que a presença de uma menor percentagem de rupturas na aliança e um maior número de resoluções adotadas pelo/a terapeuta estavam associadas a avaliações mais positivas na medida de aliança e na avaliação da própria sessão. Para além disso, verificaram-se valores mais elevados nas medidas de aliança ao longo do processo terapêutico, em casos de sucesso terapêutico (Muran et al., 2009). Por outro lado, existem evidências de que a postura de ambivalência do/a cliente e o desafio subsequente por parte do/a terapeuta leva o/a cliente a rejeitar e/ou ignorar as intervenções por este/a adotadas, uma vez que, ao não corresponder ao seu nível de desenvolvimento contribui involuntariamente para a manutenção da ambivalência do/a cliente, culminando em piores resultados terapêuticos (Ribeiro et al., 2013).

Um dos únicos estudos sobre rupturas terapêuticas em TFE para casais foi desenvolvido por Swank e Wittenborn (2013) que, não usando uma medida direta de detecção de rupturas, usaram uma medida indireta da aliança – o SOFTA (cf. Friedlander & Escudero, 2002). Estes autores concluíram que, assim que é detetada uma ruptura em TFE com casais, o/a terapeuta deverá centrar-se no processo emocional do/a cliente e não no conteúdo particular da ruptura, evitando dessa forma uma possível escalada da ruptura. Neste sentido, deverá verbalizar as preocupações identificadas com o/a cliente e, num momento subsequente, facilitar a exploração dessas mesmas reações emocionais, utilizando para isso técnicas evocativas, reflexivas e validadoras (Swank & Wittenborn, 2013), que permitam a autoexpressão e facilitem a reparação da ruptura.

Embora as rupturas na aliança sejam fenómenos comuns e partilhados por diferentes processos terapêuticos, estas conjugam perspectivas contrastantes acerca de uma experiência terapêutica compartilhada na díade e podem ter impactos diferentes no processo e resultado, atendendo ao modo como são percebidos pelo/a cliente e reparados pelo/a terapeuta. Compreende-se desta forma o carácter complexo a si associado (Bartholomew et al., 2017).

1.2.4. Impacto Clínico das Rupturas na Aliança Terapêutica

Existem evidências de que a emergência de rupturas gera um impacto negativo imediato nas expectativas dos clientes, face aos resultados, por comparação com díades nas quais não se verificam rupturas (Westra, et al., 2011). Da mesma forma, ao desencadear sentimentos de descrença e incerteza quanto à eficácia da terapia, a ruptura acaba por influenciar negativamente a esperança do/a cliente relativamente à possível mudança (Bartholomew et al., 2017). Estas incertezas são reportadas como um fator com importantes implicações no envolvimento deste/a ao longo do processo terapêutico, sendo que, uma baixa motivação poderá indiciar um risco acrescido para o aumento da ocorrência de rupturas na aliança (Hunter et al., 2014). Estes momentos poderão, assim, exibir dificuldades à prossecução do processo terapêutico (Eubanks-Carter et al., 2014). A literatura revela ainda que, clientes precocemente pessimistas face ao tratamento demonstraram um impacto negativo acrescido nas suas expectativas quanto aos possíveis resultados, após a ocorrência de rupturas na aliança (Westra, et al., 2011). Todavia, a ocorrência destes momentos em fases intermédias da terapia não deverá ser vista como indicativo de um processo negativo, mas sim como uma importante oportunidade de mudança e crescimento terapêutico (Eubanks-Carter, Muran & Safran, 2014) ditando deste modo, a possibilidade de se tornarem um componente chave na evolução do processo (Guzman et al., 2014; Miller-Bottome, Talia, Safran & Muran, 2017).

Sommerfield e seus colaboradores (2008) detetaram um aspeto interessante relativo à ocorrência de ruturas ao longo do processo terapêutico. Segundo estes, sessões nas quais se identificaram ruturas na aliança, foram avaliadas pelos/as clientes, como mais importantes e valiosas para si. Concluíram que, quanto maior a consciência do/a cliente da sua insatisfação com a aliança de trabalho, e quanto maior a sua tendência em expressá-lo abertamente para com o/a terapeuta, maior a probabilidade de avaliar essa sessão como útil. Deste modo, assinalaram a importância de considerar esses momentos e trabalhar no sentido de os explorar ao longo da sessão (Sommerfield et al., 2008). Para além disso, numa fase inicial da terapia, a experiência de ruturas revelou uma maior associação a níveis de resistência do/a cliente para com o/a terapeuta (Haskayne, Larkin & Hirschfeld, 2014).

Quando reportamos ao impacto das ruturas poderemos considerar dois lados deste fenómeno, em particular: os benefícios e consequências (aludindo a um polo negativo) associadas a estes eventos. Como benefícios, poderemos olhar para as ruturas na aliança como uma oportunidade para o/a cliente aprender a negociar as suas necessidades, nomeadamente, de relacionamento e de autonomia (Muran & Safran, in press; Coutinho et al., 2009). Para além disso, poderão permitir um processar das informações, nomeadamente os seus padrões repetitivos (Constantino, Castonguay, Zack & DeGeorge, 2010) e ser um caminho importante na alteração dessas representações disfuncionais (Sommerfield et al., 2008). Quando as ruturas são reparadas, verifica-se uma melhoria da aliança nas sessões seguintes, em particular, nas classificações atribuídas pelo/a cliente (Chen et al., 2016) e tendem a fortalecer a aliança terapêutica, bem como gerar uma compreensão mais alargada dos problemas emergentes (Salgado, 2016). Estas quebras relacionais poderão ser importantes eventos para a mudança e são momentos prováveis num tratamento a longo prazo (Constantino, et al., 2010).

Por outro lado, atentando às suas consequências, estes momentos podem revelar problemas na relação terapêutica (Muran & Safran, 2009), nomeadamente, serem geradores

de conflitos relacionais (Sommerfield et al., 2008). Poderão levar a um enfraquecimento da relação (Coutinho et al., 2014) e desencadear efeitos negativos nos seus resultados (Larsson et al., 2016), principalmente quando estas rupturas não são atendidas nem resolvidas (McLaughlin, et al., 2014). Existem evidências de que o abandono por parte do/a cliente tende a associar-se a um aumento prévio das rupturas na aliança terapêutica (Coutinho, et al., 2014). Importa considerar que a existência de problemas relacionais na díade, numa fase inicial da terapia, poderão representar maior complexidade e ser um alerta precoce para algo que não está a decorrer como o esperado (Muran & Safran, 2009). Um número considerável de casos relativos às desistências aparentam relacionar-se com sessões nas quais foram detetadas essas mesmas rupturas (Eubanks-Carter, Muran & Safran, 2014). Estas quebras na aliança revelam estar significativamente associadas ao resultado; em particular, quanto mais elevadas, maior a sua associação a resultados negativos nas medidas de funcionamento interpessoal (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Os clientes podem rejeitar o tratamento, ou mesmo desistir deste, ao se sentirem incapazes de gerir a desilusão proveniente da ruptura (Baillargeon, et al., 2012), ou ainda, duvidar da eficácia efetiva da terapia (Bartholomew et al., 2017). Para além disso, relacionamentos assinalados por um conjunto de rupturas, habitualmente caracterizam-se por sentimentos mais negativos e maior tensão, para ambas as partes, sendo portanto, mais difícil de processar, por comparação com relacionamentos nos quais não se experienciam rupturas na aliança (Hill & Knox, 2009).

O sistema de codificação 3R'S implementado no presente estudo (Eubanks et al., 2015) capta a significância resultante das rupturas ocorrentes e das resoluções adotadas, ao aplicar uma classificação global para cada tipo de ruptura/resolução ocorrida em cada sessão, com níveis de significância variáveis entre 1 (sem significância) a 5 (com significado elevado). Essa classificação será mais claramente apresentada e descrita num momento posterior (e.g., tabela 4).

Nesse sentido, conclui-se o papel preponderante do/a terapeuta na determinação de rupturas como benéficas ou prejudiciais e quanto ao seu impacto ou significância no processo terapêutico (Chen, et al., 2016). Reconhecer estes momentos implica, por parte do/a terapeuta, perspicácia e capacidade de reconhecimento das rupturas, autoconsciência, regulação dos afetos e sensibilidade interpessoal (Muran et al., 2010).

1.2.5. Estudos realizados com o *Rupture Resolution Rating System (3R's)*

Nos últimos anos, um número significativo de estudos tem vindo a desenvolver-se, no âmbito das rupturas na aliança terapêutica, utilizando o método observacional *Rupture Resolution Rating System (3R's)*. Sendo este o principal método utilizado neste estudo, faz sentido apresentar de forma breve algumas das investigações que utilizaram esta medida e apresentaram resultados pertinentes para serem aqui enunciados. Primeiro iremos focar estudos nacionais e depois estudos internacionais.

Um estudo levado a cabo no centro clínico da Universidade do Minho teve por objetivo, comparar este método observacional (3R's) com um método de autorrelato, designado de Inventário da Aliança Terapêutica (IAT), na deteção de rupturas ao longo do processo psicoterapêutico (Coutinho, et al., 2014). Este estudo desenvolveu-se com 38 díades, ao longo de um tratamento cognitivo-comportamental, de carácter semanal. Dos clientes, 50% eram alunos da universidade enquanto os restantes eram da comunidade em geral, com idades compreendidas entre os 18 e 56 anos e com perturbações do Eixo I e II. No final de cada sessão, era solicitado ao/à cliente o preenchimento da WAI. Por outro lado, um conjunto de 6 terapeutas previamente treinados no sistema observacional 3R's visualizavam as sessões gravadas e codificavam as rupturas emergentes. Os terapeutas tinham entre 2 a 8 anos de experiência profissional e recebiam supervisão semanal. Este estudo concluiu acerca da importância dos sistemas observacionais na deteção de rupturas, pois estes apresentaram maior

eficácia por comparação com métodos de autorrelato como a WAI. Neste estudo em particular, somente duas sessões com elevados níveis de rupturas de confronto e 5 sessões com rupturas de evitamento, foram detetadas pela WAI. Para além disso, deverá atender-se ao facto de que o 3R's avalia as rupturas em segmentos e não ao nível da sessão global, tal como acontece com o método de autorrelato previamente enunciado. Por outro lado, a WAI avalia a aliança terapêutica, sendo as rupturas na aliança avaliadas tendo por base flutuações na aliança, não sendo, portanto, uma medida direta de avaliação deste fenómeno (Coutinho, et al., 2014).

Utilizando a mesma amostra e procedimentos do estudo anterior, realizou-se uma outra investigação, no sentido de compreender o desenvolvimento da aliança terapêutica, bem como a emergência de rupturas na aliança terapêutica (Coutinho, Ribeiro, Fernandes, et al., 2014). Com base nos seus resultados, concluiu-se a predominância de uma menor aliança terapêutica inicial em clientes diagnosticados com perturbações da personalidade. Para além disso, verificou-se um aumento da pontuação obtida na medida de autorrelato entre a primeira e a quinta sessão, enquanto após essa ter-se-á verificado uma maior variabilidade entre os diferentes casos. O estudo evidenciou ainda que, quanto mais elevados forem os padrões de aliança e a sua direção for num sentido crescente, melhores são os resultados, consubstanciando-se em terapias bem-sucedidas (Coutinho, Ribeiro, Fernandes et al., 2014).

Com a finalidade de compreender o impacto dos eventos de ruptura na díade, um outro estudo português analisou 15 primeiras sessões de 8 diferentes casos (Coutinho et al., 2011). As sessões foram gravadas e mais tarde codificadas por investigadores treinados no método 3R's. Uma semana após a verificação da ruptura, entrevistavam-se os terapeutas e clientes com base em questões elaboradas no sentido de compreender os precipitantes do evento de ruptura, qual o seu impacto e o modo encontrado para lidar com este. De um modo geral, tanto terapeutas como clientes assumiram como fatores precipitantes do evento: a ocorrência preliminar de um episódio semelhante, a dificuldade de expressão emocional do cliente,

expectativas interpessoais disfuncionais, falar sobre temas dolorosos e a emergência de eventos negativos recentes com outros significativos. Quanto à vivência pessoal do evento, os terapeutas relataram sentimentos negativos como maior ambivalência, sentimentos de culpa e/ou incompetência (principalmente em ruturas de evitamento), receio em introduzir uma nova intervenção e tensão perante a dificuldade em lidar com um determinado tópico. Em ruturas de evitamento tenderam a perceber um desconforto e vulnerabilidade do/a cliente a tópicos mais dolorosos e maiores níveis de confronto após sentimentos de maior irritabilidade e sensação de invalidação. Relativamente ao impacto do evento, os terapeutas relataram maiores níveis de integração da novidade por parte do/a cliente em ruturas de evitamento e um maior desconforto relatado após o explorar eventos mais dolorosos. Em ruturas de confronto, os terapeutas perceberam o/a seu/sua cliente como se sentindo invalidado/a e/ou rejeitado/a por si. Já na perspetiva do/a cliente, alguns relataram estar desmotivados e/ou zangados antes do iniciar da sessão e terem discordado de algo efetuado pelo/a terapeuta. Quanto ao experienciar do evento, os clientes relataram sentimentos de tristeza, criticismo por parte do/a terapeuta, desamparo, ambivalência, confusão, angústia e/ou desespero (Coutinho et al., 2011).

Nesse mesmo ano, realizou-se um outro estudo na Universidade do Minho cujo objetivo era o de compreender a relação existente entre episódios de ruturas na aliança em psicoterapia, e a expressão verbal das necessidades (EVN) do cliente (Ribeiro et al., 2011). Nesse sentido, debruçaram-se num estudo de caso com um cliente de 23 anos, do sexo masculino, estudante universitário, que recorrera a ajuda psicológica por motivos relacionados com ataques de pânico e agorafobia. Com a finalidade de cotar as ruturas na aliança, recrutaram-se 3 juízes previamente treinados no sistema observacional 3R's. Por outro lado, como se pretendia compreender a expressão verbal das necessidades do cliente, formou-se uma outra equipa constituída por 4 juízes, também eles com experiência prévia no sistema de

Observação de Responsividade Terapêutica (SORT). Estas duas equipas realizaram uma análise separada, de modo a evitar-se o enviesamento dos dados. Para além destes 2 instrumentos, utilizaram-se ainda o *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2) e a WAI, sendo estes preenchidos no final de cada sessão, como meio de avaliar o progresso da sintomatologia do cliente e da própria aliança entre a díade. Sendo este um caso de insucesso, importa informar que o valor do OQ-45.2 aumentou no decorrer do processo terapêutico (de 56 para 72), embora o IAT (versão cliente) tenha apresentado uma manutenção em valores elevados de aliança (média de 5,98 pontos), o que acaba por desafiar a associação entre a qualidade da aliança e o resultado psicoterapêutico, quando analisada a um nível mais detalhado. Numa fase inicial da terapia é observável a prevalência de ruturas, em particular acerca das atividades em curso, e um aumento da EVN sobre as suas dificuldades na realização dessas mesmas. Numa fase subsequente, o/a cliente apresenta maiores níveis de ruturas de evitamento (e.g., autocrítica e/ou desesperança). O presente estudo conclui que, a EVN num dado momento, se correlaciona a uma diminuição de ruturas após 3/4 sessões. Por outro lado, um aumento das ruturas está associado a maiores níveis de EVN quatro sessões após a vivência da rutura (Ribeiro, et al., 2011).

No panorama internacional, e de forma a analisar os processos de emergência de ruturas na aliança e sua resolução, Gersh e seus colaboradores (2016) utilizaram uma amostra com 44 clientes com perturbação borderline da personalidade submetidos a 16 sessões de terapia cognitivo-analítica e psicoterapia de apoio. O estudo objetivava compreender se a formação da aliança diferia entre tratamentos, fases da terapia e seu resultado. Em particular, o estudo identificou com base no sistema de codificação 3R'S, a emergência de um maior número de ruturas de evitamento numa fase inicial e de confronto numa fase mais avançada do processo, associando esse padrão à maior facilidade do/a cliente em expressar insatisfação, angústia e/ou suas necessidades numa fase mais avançada do processo, caracterizando esta fase como

ainda mais desafiadora para o/a terapeuta. O presente estudo concluiu que a ocorrência de rupturas numa fase precoce do tratamento estava positivamente associada ao insucesso terapêutico, enquanto a sua ocorrência numa fase tardia, assim como maior número de resoluções se associava a melhores resultados na terapia (isto é, sucesso terapêutico), sugerindo a importância de se limitar a ocorrência destes eventos numa fase inicial do processo terapêutico. A maioria das sessões apresentou uma ausência ou diminuta emergência de rupturas, enquanto um número mais reduzido de sessões exibiu uma maior frequência destes momentos de quebra ou tensão na aliança, acabando por relatar 39 sessões (53%) como tendo uma ou mais rupturas, enquanto nas restantes 35 sessões (47%) não se verificou a sua emergência. Com base nas análises efetuadas fora ainda sugerido que a presença de um maior número de rupturas na globalidade das sessões era preditor de piores resultados, enquanto que níveis mais elevados de resolução se associavam a melhores resultados em todas as fases da terapia (Gersh et al., 2016).

O presente estudo

Com base na revisão de literatura anteriormente apresentada percebe-se a importância atribuída ao conceito das rupturas na aliança terapêutica, nomeadamente o papel por si desempenhado na evolução da psicoterapia, em diferentes terapias. No entanto, nenhum estudo até ao momento se focou em estudar a emergência destes momentos, segundo o método 3R'S, em casos de TFE para o tratamento da depressão, no formato individual. Assim, a presente investigação pretende compreender a aplicabilidade e adaptabilidade do 3R'S a esta terapia explorando a sua exequibilidade e pertinência para o estudo de processos terapêuticos dentro desta modalidade. Para além disso, tenta-se compreender que rupturas existem (e se é que existem) numa terapia deste género (representante “contemporânea” da escola humanista), analisar quantitativa e qualitativamente essa ocorrência e estudar a sua associação com a sintomatologia e resultado terapêutico.

CAPÍTULO II - Estudo Empírico

A presente investigação pressupõe a análise de dois casos contrastantes em TFE para a depressão. Pretende-se detetar, ilustrar e analisar a emergência de ruturas na aliança terapêutica e compreender as diferenças existentes entre um caso de sucesso e um caso de insucesso terapêutico. Pretende-se ainda analisar a associação existente entre estes momentos e a evolução da sintomatologia geral e depressiva no processo terapêutico de duas clientes. Através da análise destes dois casos, obter-se-á uma melhor compreensão da associação entre a ocorrência destes momentos e o resultado obtido (sucesso ou insucesso).

2.1. Questão de investigação e objetivos de estudo

De acordo com o que foi referido acima, o presente estudo pretende dar resposta a diversas questões, nomeadamente:

- Q1 – Que ruturas da aliança ocorrem em dois casos (um de sucesso e um de insucesso) de Terapia Focada nas Emoções?
- Q2 – Existem diferenças entre este caso de sucesso e este caso de insucesso terapêutico, considerando as ruturas e o resultado terapêutico?
- Q3 – Qual a relação existente entre o total de ruturas na aliança (evitamento e confronto separadamente) e o OQ-10, no caso de sucesso e insucesso terapêutico?
- Q4 – Existe uma associação entre a WAI-C e o total de ruturas na aliança (evitamento e confronto separadamente), no caso de sucesso e insucesso terapêutico?
- Q5 – Existe relação entre o total de ruturas na aliança (evitamento e confronto separadamente) e o BDI-II, no caso de sucesso e insucesso terapêutico?
- Q6 – Existe uma associação entre a WAI-T e o total de ruturas na aliança (evitamento e confronto separadamente), no caso de sucesso e insucesso terapêutico?

Por outro lado, a um nível qualitativo, pretende-se ilustrar essas ocorrências de rupturas na aliança (caso existam), através da apresentação de vinhetas clínicas das sessões e sua análise.

Nesse sentido, os objetivos da presente investigação pretendem detetar a ocorrência de rupturas na aliança terapêutica, através do estudo de dois casos contrastantes em TFE para a depressão. Em particular, o presente estudo pretende: a) descrever a ocorrência e tipos de rupturas, em dois casos (um sucesso e um insucesso) em TFE para a depressão (Q1); b) analisar as diferenças entre os casos, considerando as rupturas detetadas e os seus distintos resultados (sucesso e insucesso) (Q2); e c) analisar a associação entre a aliança terapêutica, as rupturas na aliança e a evolução dos sintomas gerais e depressivos, ao longo do processo terapêutico (Q3).

2.2. Método

2.2.1. Participantes

2.2.1.1. Clientes.

As clientes, apresentadas como cliente A e cliente B, foram selecionadas do projeto de investigação “Descentração e Mudança em Psicoterapia” (PTDC/PSIPCL/103432/2008) realizado no ISMAI e financiado pela FCT. Ambas as participantes foram pré avaliadas por meio de duas entrevistas clínicas, em particular, a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo I (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams 1997) e a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo II (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin 1997). Para integrarem o projeto, as clientes deveriam cumprir com os critérios de inclusão, em particular o diagnóstico de perturbação depressiva major ligeira/moderada, inexistência de ideação suicida, de medicação e de comorbidade com outras perturbações bipolares e/ou de ansiedade (quando estas

representavam o diagnóstico âncora), bem como da personalidade. A tabela 2 apresenta mais informações acerca das clientes selecionadas para este estudo.

Tabela 2

Descrição das clientes

Característica	Cliente “A” (SUCESSO)	Cliente “B” (INSUCESSO)
Sexo	Feminino	Feminino
Idade	57 anos	35 anos
Estado Civil	Solteira	Solteira
Habilitações Literárias	Ensino Superior	Ensino Superior
Estado Profissional	Ativo	Ativo
Queixas principais	Perda da figura materna há cerca de meio ano; confirmações de infidelidade por parte do companheiro amoroso; sentimentos de insegurança, medo da solidão; baixa autoestima e dificuldades ao nível da assertividade; preocupação relativa ao seu aspeto físico.	Há cerca de 2 anos que se sente mal, em baixo, com angústia, sem esperança relativamente ao futuro; dificuldade em lidar com as próprias emoções e partilhá-las; contexto pautado por perda de um emprego que lhe garanta maior estabilidade e bem-estar; término de um relacionamento amoroso.
Diagnóstico	Perturbação depressiva major, moderado recorrente, sem co-morbilidade com perturbações da personalidade	Perturbação depressiva major, moderada, com co-morbilidade com perturbação evitante da personalidade
Resultado Terapêutico	Sucesso terapêutico	Insucesso terapêutico

No que diz respeito à avaliação ao longo do processo terapêutico, foram aplicados nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16 o *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996) e o *Working Alliance Inventory*, versão terapeuta (WAI-T) e cliente (WAI-C) (Hatcher & Gillaspay, 2006). Por sua vez, o *Outcome Questionnaire-10* (OQ-10) foi aplicado em todas as sessões. Apresenta-se de seguida uma tabela com a descrição de cada caso, no que diz respeito às suas características (tabela 2) e resultados dos testes psicométricos (Tabela 3).

Tendo por base os critérios do índice fiável de mudança (*Reliable Change Index – RCI*, cf. Jacobson & Truax, 1991) e a sua aplicabilidade ao BDI-II por McGlinchey, Aktins e Jacobson (2002), pela análise da tabela 3, considera-se o primeiro caso como um sucesso terapêutico e o segundo como um insucesso terapêutico.

Tabela 3

Resultados dos testes psicométricos do caso de sucesso e do caso de insucesso terapêutico

Sessão	Caso de Sucesso				Caso de Insucesso			
	BDI-II	OQ-10	WAI-C	WAI-T	BDI-II	OQ-10	WAI-C	WAI-T
1	31	19	não aplicável	não aplicável	32	32	não aplicável	não aplicável
4	21	20			26	29	30	41
8	13	19	46	71	22	23	35	56
12	13	14	44	74	18	24	38	59
16	6	8	45	72	29	36	31	48

Especificamente, no caso de sucesso, as pontuações do BDI-II variaram de 31 (depressão severa na sessão 1) para 6 (sem sintomatologia na sessão 16), diminuindo 25 pontos na medida e ultrapassando o ponto de corte de 13 (Bos et al., 2009). Contrariamente, no caso de insucesso, a cliente passa de uma pontuação inicial de 32 e termina com uma pontuação de 29 pontos (depressão severa), tendo apenas baixado 3 pontos na medida e mantendo-se acima do ponto de corte e dentro dos valores previstos para a população clínica.

2.2.1.2. Terapeuta.

De forma a controlar a variável do terapeuta (explicado em maior detalhe na secção dos procedimentos), foi selecionado apenas um terapeuta, com um caso de sucesso e de insucesso. O terapeuta é do sexo masculino, doutorado em psicologia clínica tendo, no momento do atendimento dos casos, 20 anos de experiência enquanto psicoterapeuta e 5 anos de treino e supervisão em Terapia Focada nas Emoções, estando devidamente habilitado e certificado para o seu exercício.

2.2.1.3. Investigadoras.

Foram três as investigadoras: a autora da presente dissertação, em conjunto com outra aluna do 2º ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e uma investigadora (doutoranda em psicologia clínica). Duas das investigadoras tinham 23 anos, ambas mestrandas em psicologia clínica e da saúde. Já a investigadora doutoranda em psicologia clínica tinha 28 anos de idade, 6 anos em experiência clínica e 1 ano de treino em Terapia Focada nas Emoções.

2.2.2. Tratamento

A TFE é uma terapia empiricamente apoiada, que atribui uma importância fulcral ao papel da emoção na experiência humana (Greenberg, 2014). Dessa forma, objetiva promover um contexto experiencial facilitador da vivência emocional, com vista à sua conscientização, exploração, aceitação e alteração para emoções mais adaptadas e funcionais (Goldman, 2006; Greenberg, 2006; Greenberg & Watson, 2005). Um/a terapeuta sintonizado/a, responsivo, empático e reflexivo propicia um contexto seguro e apoia o/a cliente no seu processo de autoexploração e de transformação emocional (Greenberg, 2011, 2014). O/a terapeuta segue e orienta o cliente, centrando-se na identificação de marcadores representativos de diferentes problemas no processamento emocional do/a cliente, intervindo com tarefas terapêuticas diferenciadas adequadas à resolução dessa dificuldade (Greenberg, 2014).

2.3. Medidas

2.3.1. Medidas de Processo

Rupture Resolution Rating System (3R's)

O *Rupture Resolution Rating System* (já apresentado na página 16) é um sistema de codificação observacional, cujo objetivo se centra na deteção de comportamentos específicos do cliente, que possam indicar possíveis marcadores de ruturas na aliança terapêutica. Por

outro lado, pretende identificar as estratégias de resolução adotadas pelo terapeuta, no decurso das sessões, através de marcadores específicos de resolução (e.g., “esclarece mal entendidos”; “altera tarefas ou objetivos”; “Terapeuta reconhece a sua contribuição para a rutura”; “o terapeuta valida a postura defensiva do cliente”, entre outros; Eubanks-Carter et al., 2015, p.7). Este procedimento deverá aplicar-se a todas as sessões, usando segmentos de 5 minutos, segundo sugestão dos autores.

Para além deste sistema detetar a emergência de rupturas na aliança por segmento, o mesmo propôs ainda a atribuição de uma significância para as rupturas emergentes, neste caso não por segmento mas por sessão. A significância refere-se essencialmente ao impacto/significado que cada tipo de rutura apresentou ao longo da sessão, devendo o/a avaliador/a atribuir uma significância de 1 (sem significado) a 5 (elevado significado). Uma explicação mais detalhada desta escala é seguidamente apresentada na tabela 4, retirada da *Rupture Resolution Rating System (3R’S)*; Eubanks et al., 2015)

Tabela 4

Significância das rupturas na aliança (retirado de Eubanks, Muran & Safran, 2015)

Avaliação	Significância	Explicação
1	Sem significância	Deverá atribuir-se o valor de 1 no caso de não existência de marcadores ou com marcadores mínimos, sem impacto na aliança. É possível que uma sessão inclua algumas pequenas rupturas que não tenham impacto visível ou duradouro no vínculo ou na colaboração em tarefas e objetivos (por exemplo, o paciente conta uma história evitante).
2	Significância mínima	Marcadores de rutura que têm um impacto menor na aliança.
3	Alguma significância	Marcadores de rutura que têm algum impacto na aliança.
4	Significância moderada	Marcadores de rutura que têm um impacto moderado na aliança. Provavelmente, a maneira mais fácil de avaliar “moderado” é usar essa categoria para que parecem maiores que 3, mas não significativos o suficiente para serem classificados como 5.
5	Alta significância	Marcadores de rutura que têm um impacto notável na aliança.

Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR)

O *WAI-SR* (Hatcher & Gillapsy, 2006; Ramos, 2008), pretende avaliar a aliança terapêutica entre terapeuta e cliente, que vai sendo formada no decorrer do processo

terapêutico. O WAI fora originalmente desenvolvido por Horvath e Greenberg (1989) e avalia três fatores específicos, nomeadamente, o acordo quanto às tarefas, objetivos e o vínculo emocional (Tracey & Kokotovic, 1989). Os valores estimados para a consistência interna no estudo de Hatcher e Gillapsy (2006) foram de .91 para a escala vínculo, .86 para objetivos e .83 para tarefas. Já em Ramos (2008), o *Alfa de Cronbach* foi de .72 nas tarefas, .80 nos objetivos e .64 no vínculo, revelando na sua generalidade boas características psicométricas. Os 12 itens que constituem este instrumento encontram-se numa escala de *Lickert* de 5 pontos, variando entre 1 (Raramente) e 5 (Sempre), tendo como objetivo compreender como o cliente se sente relativamente à terapia e/ou terapeuta. Apresenta-se, assim, um instrumento útil para clarificar as dimensões da aliança e compreender quais os esforços que são necessários efetuar para melhorar a aliança (Hatcher & Gillapsy, 2006).

2.3.2. Medidas de Resultado:

Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

O BDI-II é uma medida de autorrelato, originalmente desenvolvida por Aron Beck, Robert Steer e Gregory Brown (1996), tendo sido mais tarde validada, para a população portuguesa, através do trabalho desenvolvido por Coelho, Martins e Barros (2002). Este instrumento é constituído por 21 itens, e tem como objetivo medir a gravidade dos sintomas depressivos, tendo por base os critérios diagnósticos vigentes no DSM-IV. Este inventário poderá ser aplicado a adultos ou adolescentes, com idade igual ou superior a 13 anos. Cada item representa uma afirmação e quatro possibilidades de resposta, que o cliente deverá eleger tendo em conta a sua autoperceção e sentimentos emergentes nesse período de tempo (Paranhos, Argimon, & Werlang, 2010). Cada uma das afirmações é classificada numa escala de quatro pontos, variando entre 0 (não presente) a 3 (grave) podendo, no seu todo, perfazer um total de 63 pontos (Steer, Ball, Ranieri & Beck (1999). De forma a detetar a população

depressiva estabeleceu-se um ponto de corte de 13 (Bos et al., 2009), estando pontuações mais elevadas associadas a estados depressivos mais severos. Assim, pontuações entre 14 e 19 correspondem a depressão ligeira; entre 20 a 28, a depressão moderada e entre 29 e 63, a depressão severa. Na sua versão original, o BDI-II estimou uma boa confiabilidade através de um *alfa de Cronbach* de .92 (Beck et al., 1996), enquanto a versão portuguesa estimou um *alfa de Cronbach* de .89 (Coelho et al., 2002), verificando-se bons níveis de consistência interna em ambas as versões.

The Outcome Questionnaire (OQ-10)

O *Outcome Questionnaire* é uma medida de autorrelato, constituída por 45 itens na sua versão original e que permite avaliar do funcionamento do/a cliente ao longo do processo, bem como no seu término (Miller, Duncan, Brown, & Sparks, 2003). Este avalia três domínios fundamentais para a saúde mental do/a cliente, nomeadamente, desconforto subjetivo, relacionamento interpessoal e ainda desempenho do papel social (Hannan et al., 2005). O OQ-10, versão utilizada no presente estudo, fornece informações relativas ao bem-estar e sofrimento do cliente, sendo um instrumento útil na deteção de possíveis áreas que aparentam ser importantes explorar ou intervir, medindo o resultado terapêutico baseando-se na mudança sintomática nos seguintes domínios: bem-estar psicológico e sofrimento psicológico (cinco itens cada) (Seelert, Rigdon, & Schwenzfeier, 1999). Na sua versão original apresenta bons níveis de fidelidade, tal como é perceptível através do seu *alfa de Cronbach* de .88 (Seelert et al., 1999). Este instrumento poderá aplicar-se em psicoterapias com diferentes fundamentações teóricas, sendo de fácil compreensão e aplicação (Carvalho & Rocha, 2009).

2.4. Procedimentos

2.4.1. Fase de treino

Inicialmente, realizou-se um período de treino, com base na leitura do manual *Rupture Resolution Rating System* (3R's) (Eubanks et al., 2015). Em seguida, realizaram-se reuniões de carácter semanal entre duas juízes independentes e uma auditora com treino no sistema de codificação, no sentido de esclarecer dúvidas, assimilar os conceitos estudados e efetuar uma discussão conjunta sobre os mesmos, no sentido de garantir uma compreensão o mais abrangente e fiel possível àquilo que vinha disposto no manual. Assim que as ruturas de evitamento e confronto, os seus respetivos marcadores e as técnicas de resolução foram apreendidas, passou-se então para uma fase de visualização e codificação de sessões de treino conjunto (e.g., sessões de Fritz Pearls e de Albert Ellis com a cliente Glória). Este treino permitiu a aplicação dos conhecimentos teóricos até então adquiridos e uma melhor preparação para a fase seguinte.

2.4.2. Seleção da amostra.

A seleção da amostra teve por princípio uma amostra de conveniência, de forma a controlar a variável do terapeuta. Assim, numa fase inicial, foram selecionados os terapeutas que continham tanto sucessos como insucessos nos casos clínicos que atenderam, sendo aleatorizados para a seleção do/a terapeuta a analisar. Dentro desse terapeuta, a variável cliente foi controlada, sendo selecionados dois casos cujos diagnósticos fossem semelhantes, de forma a conseguir o tipo de população que objetiva este estudo (neste caso, diagnóstico de perturbação depressiva major). Este processo foi realizado pela investigadora doutoranda, de forma a garantir que a autora da tese era cega ao resultado terapêutico durante o processo de codificação dos dados. Após ser selecionada a amostra, o presente estudo analisou 5 sessões de cada um dos casos, em particular as sessões 1, 4, 8, 12 e 16.

2.4.3. Fase de codificação

Inicialmente foram visualizados trechos de sessões fictícias e realizado um treino conjunto para verificar a aplicabilidade dos conceitos. Primeiramente efetuara-se uma análise por segmento, parando a cada 5 minutos e discutindo-se as ruturas presentes. Somente numa fase subsequente, após um domínio da detecção de ruturas, fora introduzido um treino nas estratégias de resolução de ruturas pelo terapeuta. Apenas mais tarde introduziu-se um treino individual de detecção de ruturas na aliança (e.g., sessões de Fritz Pearls e Albert Ellis com a cliente Gloria). Nessa fase, iniciou-se uma codificação autónoma da parte de cada juíza e, em seguida, cada uma delas verificou o grau de concordância com a auditora. Este treino fora realizado até obtenção de uma alta confiabilidade nas classificações entre a auditora e cada uma das juízas. Numa fase subsequente foram analisadas diversas sessões de um caso aleatório, inserido no projeto acima mencionado. Nesse caso, após codificação de cada sessão efetuavam-se reuniões com o objetivo de obter o grau de acordo inter-juízes. Das sessões analisadas, obtivera-se um forte acordo inter-juízes ($ICC = 0,91$) (Shrout & Fleiss, 1979).

Numa fase final, procedera-se à análise dos casos a utilizar na presente investigação, todos eles advindos do projeto “Descentração e Mudança em Psicoterapia” supra referenciado. Desses quatro casos foram codificadas as sessões 1, 4, 8, 12 e 16, sem que nenhuma das juízas tivesse conhecimento de quais os casos seriam mais tarde a si atribuídos, como forma de não influenciar as análises efetuadas. Após a codificação de cada caso, efetuou-se um acordo inter-juízes de forma a obter-se um acordo final para todas as sessões de todos os casos. No final, a concordância obtida para os quatro casos foi analisada tendo-se obtido uma forte concordância no uso do sistema de codificação ($ICC = .92$) (Shrout & Fleiss, 1979). Em seguida, a auditora distribuiu dois casos para cada juíza, sendo dois deles apresentados neste estudo.

2.4.4. Análise de dados

A análise quantitativa de dados apresenta-se como um meio de sistematizar e organizar números em categorias com significado, com vista a estruturar a informação, tornando a leitura final o mais clarificável possível (Martinez & Ferreira, 2010). Dessa forma, no sentido de alcançar as análises descritivas pretendidas, recorreu-se à utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* (versão 23), sendo as análises obtidas apresentadas em seguida.

2.5. Resultados

Na secção subsequente são apresentados os resultados obtidos tendo por base os objetivos anteriores, quanto à ocorrência de rupturas na aliança terapêutica (número e tipo de rupturas), bem como a significância respetiva das mesmas, para cada um dos casos em estudo. Por fim, apresentar-se-á a relação entre as rupturas na aliança e a sintomatologia geral e depressiva, no decorrer do processo terapêutico, para ambos os casos.

2.5.1. Ocorrência de rupturas na aliança em dois casos contrastantes em TFE

A Tabela 5 apresenta as rupturas encontradas nestes dois casos de TFE. Tal como apresentado na Tabela 5, e atendendo ao total de 5 sessões analisadas para cada um dos casos, identificam-se sete momentos de ruptura na aliança no caso de sucesso e oito no caso de insucesso terapêutico.

No caso de sucesso, das sete ocorrências de ruptura, três ocorreram no marcador de evitamento e quatro no marcador de confronto. Já no insucesso terapêutico sete das oito rupturas foram do tipo confronto. Para além disso, relativamente à significância calculada para cada um dos marcadores destacam-se em ambos os casos uma significância mais elevada nas rupturas de confronto, nomeadamente no marcador “paciente rejeita a intervenção do

terapeuta”. No entanto, importa atender que a significância tende a revelar-se superior no caso de insucesso terapêutico.

Tabela 5

Descrição e ocorrência de rupturas na aliança no caso de sucesso e no caso de insucesso

Marcadores	Número de ocorrências		Significância das rupturas	
	Sucesso Terapêutico	Insucesso Terapêutico	Sucesso Terapêutico	Insucesso Terapêutico
Evitamento	Negação		1	1
	Resposta mínima	1	1	1
	Comunicação abstrata		1	1
	Comunicação evitante ou mudança de tópico		1	1
	Diferencial e Apaziguador		1	1.2
	Conteúdo/afeto dividido	2		1.4
	Auto criticismo e/ou desesperança			1
Total	F=3	F=1	M=1.06	M=1.03
Confronto	Reclamações/preocupações sobre o/a terapeuta		1	1
	Paciente rejeita a intervenção do/a terapeuta	2	6	1.8
	Reclamações/preocupações sobre atividades da terapia	1	1	1,2
	Reclamações/preocupações sobre os parâmetros da terapia			1
	Reclamações/preocupações sobre o progresso da terapia			1
	Paciente defende-se do/a terapeuta			1
	Esforços para controlar/pressionar o/a terapeuta	1		1
Total	F=4	F=7	M= 1.14	M=1.23

Para além da análise da significância por marcador, efetuou-se ainda o cálculo da significância obtida nas rupturas de evitamento e confronto para ambos os casos, as quais seguem ilustradas em seguida na figura 1. Num momento subsequente apresentar-se-á uma descrição da ocorrência desses momentos para ambos os casos, através de vinhetas clínicas ilustrativas dos diferentes tipos de rupturas ocorrentes ao longo das sessões analisadas (Tabela 6).

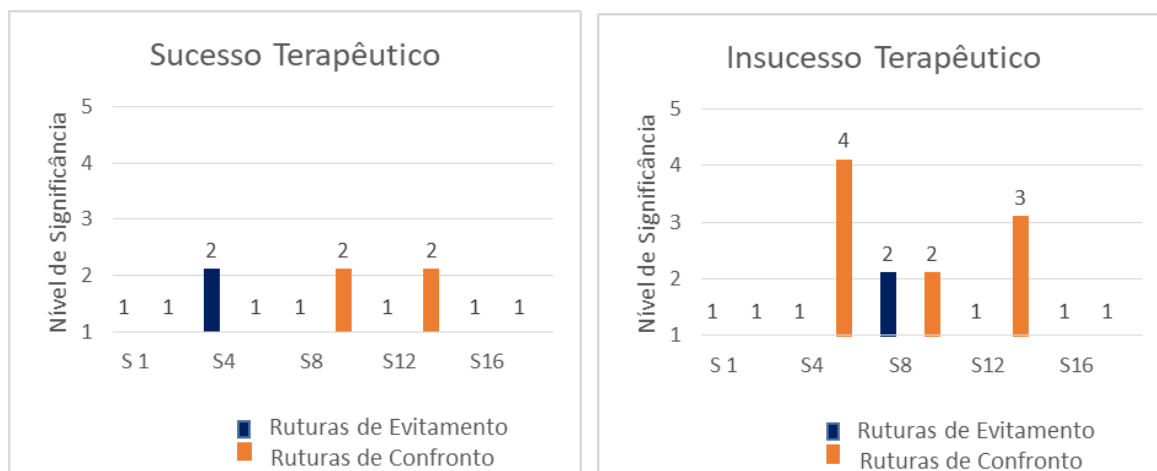


Figura 1. Nível de significância das ruturas no caso de sucesso e insucesso terapêutico

A figura 1 apresenta o nível de significância obtido nas cinco sessões analisadas para cada caso, tendo sido efetuada uma análise separada para as ruturas de evitamento e confronto. Da análise efetuada é possível detetar uma significância de 1 (isto é, não existência de ruturas ou ruturas não significativas) na sessão 1 e 16 para ambos os tipos de rutura. Focando no caso de sucesso detetou-se a uma significância igualmente não significativa (de 1) na sessão 4 para as ruturas de confronto e nas sessões 8 e 12 para as ruturas de confronto. Já as restantes (rutura de confronto na sessão 2 e ruturas de evitamento nas sessões 8 e 12) revelaram uma significância de 2 (isto é, significado mínimo). Relativamente ao caso de insucesso, a sessão 4 apresentou uma significância de 4 (isto é, significância moderada) nas ruturas de confronto. Já a sessão 12 apresentou uma significância de 3 (ou seja, alguma significância) nas ruturas de confronto e a sessão 8 uma significância de 2 para ambos os tipos de rutura. Os restantes (ruturas de evitamento nas sessões 4 e 12) revelaram não ser significativos, sendo-lhes atribuído o valor 1. De um modo geral, percebe-se uma maior significância de ruturas na aliança no caso de insucesso terapêutico, em particular maior significância nas ruturas de confronto, comparativamente ao caso de sucesso terapêutico.

Tabela 6

Vinhetas clínicas representativas dos diferentes marcadores para o caso de sucesso e para o caso de insucesso terapêutico

MARCADORES DE RUTURA		Excertos das sessões	
Ruturas de Evitamento			
	Caso de Sucesso	Caso de Insucesso	
<u>Resposta Mínima</u>	<p>“C: Ser gostada, ou ser amada, fazer depender a minha vida nisso (voz trémula) T: Hmm, é capaz de me explicar um bocadinho melhor o que é que quer dizer? C: (Respira fundo) (pausa) T: é difícil falar sobre isso? C: Hmm, hmm, não sei, não não (pausa) T: noto que há aí qualquer coisa C: hmm, não sei exprimir” (sessão 1)</p>		
<u>Conteúdo / afeto dividido</u>	<p>(foco na relação estabelecida com a mãe) “ C: muito muito, eu sinto-me muito zangada contigo (ri-se)” (sessão 4)</p>		
<u>Diferencial e apaziguador</u>		<p>“ T: Faz sentido? C: Acena afirmativamente com a cabeça T: E nesse sentido o que lhe iria pedir era que para até à próxima semana que escrevesse a carta. Sente-se capaz de o fazer C: (Pausa) Vou tentar T: Mas faz sentido pelo menos para si? C: (Respira fundo). Sim, é provável que sim” (sessão 8)</p>	
Ruturas de Confronto			
	Caso de Sucesso	Caso de Insucesso	
<u>Cliente rejeita a intervenção do terapeuta</u>	<p>(Após efetuar exercício de cadeira vazia para com a mãe) “ T: quando entra em contacto com esse lado é como se precisasse de carinho e afeto dos outros C: denota maior ativação (chora) T: deixe vir, deixe vir C: não quero T: hmm, não quer C: é um mar de lagrimas T: é uma tristeza muito grande C: muito (pausa) nem quero falar disso. Nem quero falar nem quero pensar. Eu nem quero pensar nisso. É isso mesmo que eu prefiro, é isso mesmo que eu sinto.” (sessão 8)</p>	<p>“T: Mas isto é um caminho racional a fazer. Não significa que tenhamos de ir nessa direção. E as suas dúvidas e dificuldades fazem parte do processo. Eu só quero saber se faz sentido esse ser um caminho a percorrer. C: Falar do que sinto, do que aconteceu, não vai fazer mudar as coisas, não vai fazer com que tudo volte a ser como era.” (sessão 4)</p>	
<u>Reclamação / Preocupações sobre as atividades da terapia</u>	<p>“ C: Isto hoje está mau. T: É uma tristeza profunda C: É triste, para mim é. Não pensei que hoje isto fosse enveredar por esse aspeto. Isto é sempre surpresas, todas as vezes que venho aqui” (sessão 12)</p>	<p>(ao efetuar exercício de duas cadeiras) “T: Imediatamente fica assim constrangida a mexer nestas coisas. É quase como se houvesse uma expectativa de que se se deixar ir na situação pode-lhe acontecer qualquer coisa de mal. C: Não sei se é poder acontecer alguma coisa de mal mas é o facto de para já achar a situação um pouco estranha, não sei explicar. É mesmo sentir que é uma situação estranha, desconfortável e a exposição, para mim é realmente difícil falar de certas coisas e as vezes prefiro não falar” (sessão 8)</p>	
<u>Esforços para controlar / pressionar o terapeuta</u>	<p>“ T: a ideia é ir caminhando ... C: para dominar isso T: acena afirmativamente com a cabeça C: Será que vamos conseguir? ” (sessão 4)</p>		

A tabela 6 apresenta não só o tipo de rupturas patentes em cada caso, como excertos ilustrativos desses mesmos. No entanto, sendo ilustrativa do tipo, acaba por não apresentar todas as vinhetas clínicas. Dessa forma, considerou-se pertinente disponibilizar ao leitor todos os excertos ilustrativos da ocorrência destes momentos para ambos os casos em anexo (ANEXO I).

2.5.2. Diferenças no caso de sucesso e no caso de insucesso quanto às rupturas na aliança

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney, um teste não paramétrico (Field, 2009; Martinez & Ferreira, 2010), para testar se existiam diferenças significativas quanto à ocorrência de rupturas, na comparação entre casos (cf. Anexo II, que apresenta os *output's* obtidos no SPSS). Assim, o teste de Mann-Whitney não evidenciou a existência de diferenças nas rupturas de evitamento ($Mdn = 0.5$), entre este caso de sucesso e este caso de insucesso, $U = 7.5$, $p = .211$, $r = .38$. Outro teste de Mann-Whitney também não evidenciou existirem diferenças nas rupturas de confronto ($Mdn = 1$), entre este caso de sucesso e este caso de insucesso terapêutico, $U = 12$, $p = .911$, $r = .03$.

2.5.3. Associação entre rupturas na aliança e a evolução da sintomatologia nos dois casos

Analisou-se a associação entre o total de rupturas (evitamento e confronto, separadamente) e a evolução da sintomatologia geral, medida pelo OQ-10, e da sintomatologia depressiva, medida pelo BDI-II. Apresentam-se, de seguida, os respetivos resultados.

Uma correlação de Spearman não evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre a pontuação do OQ-10 e o número de rupturas de evitamento identificadas pelo 3R's, quer no caso de sucesso ($r_s = .444$, $p = .454$), quer no caso de insucesso ($r_s = -.707$, $p = .182$) (cf. Anexo III). De forma idêntica, uma correlação de Spearman não evidenciou uma

associação estatisticamente significativa entre a pontuação do OQ-10 e o número de ruturas de confronto identificadas pelo 3R's, quer no caso de sucesso ($r_s = .162$, $p = .794$), quer no caso de insucesso ($r_s = -.632$, $p = .252$). (Anexo IV)

Quanto à sintomatologia depressiva, uma correlação de Spearman não evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre o número de ruturas de evitamento identificadas pelo 3R's e a pontuação do BDI-II, quer no caso de sucesso ($r_s = .740$, $p = .152$), quer no caso de insucesso ($r_s = -.354$, $p = .559$) (cf. Anexo VII). De forma idêntica, uma correlação de Spearman não evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre o número de ruturas de confronto identificadas pelo 3R's e a pontuação do BDI-II, quer no caso de sucesso ($r_s = -.081$, $p = .897$), quer no caso de insucesso ($r_s = -.632$, $p = .252$) (cf. Anexo VIII).

2.5.3.2. Associação entre a WAI (versão C e T) e as ruturas na aliança (3Rs)

Uma correlação de Spearman não evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre a pontuação da WAI-C e o número de ruturas de evitamento identificadas pelo 3R's, tanto no caso de sucesso ($r_s = -.866$, $p = .333$), como no caso de insucesso ($r_s = .258$, $p = .742$) (Anexo V). Similarmente, uma correlação de Spearman não evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre a pontuação da WAI-C e o número de ruturas de confronto identificadas pelo 3R's, quer no caso de sucesso ($r_s = -.500$, $p = .667$), quer no caso de insucesso ($r_s = .316$, $p = .684$). (Anexo VI)

Por outro lado, uma correlação de Spearman não evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre a WAI-T e o número de ruturas de evitamento identificadas pelo 3R's, quer no caso de sucesso ($r_s = .866$, $p = .333$), quer no caso de insucesso ($r_s = .258$, $p = .742$). (Anexo IX). Da mesma forma, uma correlação de Spearman não evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre o número de ruturas de

confronto identificadas pelo 3R's e a pontuação da WAI-T, quer no caso de sucesso ($r_s = .500$, $p = .667$), quer no caso de insucesso ($r_s = -.316$, $p = .684$). (Anexo X)

2.6. Discussão

De acordo com este estudo, encontram-se os seguintes resultados:

Primeiramente, verificou-se uma ocorrência de rupturas superior, embora não estatisticamente significativa, no caso de insucesso terapêutico comparativamente ao caso de sucesso, na medida em que ocorrera apenas uma ruptura a mais no primeiro caso. Ou seja, no caso de sucesso encontraram-se 7 rupturas (em 5 sessões), enquanto no caso de insucesso se detetaram 8 rupturas na aliança em (5 sessões). Nestes casos, tal como noutros estudos (Muran et al., 2009), o caso de sucesso apresenta uma menor ocorrência de rupturas na aliança. Apesar disso, o número total de rupturas e as diferenças entre casos de sucesso e insucesso revelam-se, aqui, menos expressivas que em estudos prévios. Por exemplo, Aspland e colaboradores (2008) detetaram 24 episódios de rupturas analisando 4 sessões de terapia cognitivo-comportamental, relativas a dois casos de sucesso terapêutico (14 rupturas em duas sessões de um caso e as restantes 10 rupturas relativas a duas sessões de um outro caso). Por si só, com apenas 2 sessões analisadas, os casos de Aspland et al. (2008) apresentam um número de rupturas superior ao caso de insucesso do presente estudo (com 8 ocorrências em 5 sessões), o que levanta a hipótese da modalidade de TFE poder suscitar menos rupturas que outras modalidades. Assim, deverá atender-se ao facto de que a modalidade de estudo aqui implementada foi diferente da implementada pelo estudo anterior, podendo a frequência de rupturas na aliança estar associada a outras variáveis, nomeadamente, ao tipo de terapia implementada ou a este tipo de terapeuta. Essa possibilidade aparenta confirmar-se, ao se analisarem os resultados obtidos num estudo de Coutinho, Ribeiro e Safran (2010) com 7 sessões de um caso (insucesso terapêutico), cuja intervenção seguiu o modelo cognitivo-

comportamental. Das 7 sessões efetuadas, foram detetados 22 marcadores de rutura. Efetuando a percentagem do número de ruturas por sessão, o estudo aponta para a ocorrência média de 3,1 ruturas por sessão, enquanto o presente estudo aponta para a ocorrência de 1,6 ruturas por sessão. Estes dados acabam por confirmar uma maior ocorrência de ruturas na aliança no estudo adotando a TCC, comparativamente à modalidade adotada no presente estudo (TFE). No entanto, importa salvaguardar que esta é apenas uma mera hipótese explicativa para estes dois casos, necessitando de maior validação empírica.

Ainda referente à ocorrência de momentos de rutura na aliança, focando-se agora no tipo de ruturas emergentes por caso, constatou-se uma ocorrência superior de ruturas de confronto no insucesso terapêutico (sete ruturas, enquanto o caso de sucesso apresentou apenas três), assim como uma maior significância no total de ruturas desse tipo (confronto) nesse mesmo caso (sig. = 1.23, no caso de insucesso e sig. = 1.14, no caso de sucesso). Apesar da significância apresentada nas ruturas de confronto ser superior relativamente à das ruturas de evitamento para ambos os casos, no caso de insucesso apresentou maior número de ruturas de confronto e maior significância relativa nesse tipo. Especificamente, é o tipo de ruturas de confrontação “Paciente rejeita a intervenção do/a terapeuta” que predomina no caso de insucesso (com 6 ocorrências, em contraste com 2 ocorrências no sucesso). Estes achados são concordantes aos obtidos por Coutinho e seus colaboradores (2014), no qual se verificou níveis de significância mais elevados em ruturas de confronto nos casos de insucesso terapêutico. Relativamente à significância de ruturas de evitamento por caso, o caso de sucesso terapêutico apresenta uma significância superior, comparativamente ao caso de insucesso, mas estas diferenças são minimais (M=1.06, no sucesso e M=1.03, no insucesso).

Para além disso, importa atender que a maior ocorrência de ruturas na aliança relativas ao caso de insucesso emergiu numa fase inicial do processo (sessão 4), o que não aconteceu no caso de sucesso no qual se constata uma significância mais homogénea nas diferentes

sessões ao longo da terapia. Estes resultados acabam por ser concordantes com Gersh e colaboradores (2016), que associam o surgimento de rupturas em estádios iniciais a pior resultado, ou seja, insucesso terapêutico, pelo que é importante limitar a ocorrência destes eventos em fases iniciais do tratamento. Por sua vez, a emergência destes momentos em fases posteriores da terapia denota ser um elemento chave (Miller-Bottomo, et al., 2017) e aparenta relacionar-se com o crescimento e a mudança terapêutica (Eubanks-Carter et al., 2014; Gersh et al., 2016), o que não foi permitido verificar-se no presente estudo, uma vez que não se estudaram o tipo de estratégias de resolução utilizadas (se as houve).

Isto poderá levar-nos a propor que talvez não seja apenas o número de rupturas vigentes o mais preponderante, mas sim a significância obtida em cada um destes momentos. Tal justificação poderá estar no facto de uma sessão apresentar um número igualitário de rupturas, mas as emergentes num caso serem mais impactantes do que as ocorridas no outro caso (e.g., na sessão 12 ocorreu uma ruptura de confronto em ambos os casos, mas a significância obtida no caso de insucesso foi 3 vezes superior à ruptura ocorrida no caso de sucesso). Assim, esta poderá ser uma outra hipótese explicativa para os dados obtidos, embora necessite de maior evidência empírica.

Para além disso, ao analisarem-se as vinhetas clínicas dos momentos de ruptura ocorrentes compreende-se que, de acordo com o que vem sendo descrito na investigação científica, estes momentos tendem a ocorrer quando se exploram sentimentos mais negativos e difíceis de processar para o/a cliente (Hill & Knox, 2009). Por outro lado, e tal como se tem verificado na literatura, percebe-se uma maior ocorrência de eventos deste tipo em momentos nos quais o terapeuta tenta desafiar a cliente a falar sobre temas mais difíceis e dolorosos para si, não estando esta ainda preparada para o fazer (Coutinho et al., 2011).

Num momento seguinte, ao analisar as diferenças nas rupturas na aliança no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico revelou-se a não existência de diferenças

estatisticamente significativas entre as variáveis. No entanto, importa salientar aspetos diferenciados nos dois casos. Em particular destaca-se no caso de sucesso terapêutico uma redução significativa dos sintomas depressivos da cliente, que inicia o tratamento com depressão grave, demonstrando-se assintomática no final do processo (BDI-II inicial: 33; BDI-II final:6; OQ.10 inicial:19; OQ.10 final:8). Contrariamente, o caso de insucesso terapêutico demonstrou uma leve diminuição na sintomatologia depressiva mantendo-se com sintomatologia depressiva severa (BDI-II inicial:32; BDI-II final:29; OQ.10 inicial:32; OQ.10 final:36). Assim, as ruturas podem ser um fenómeno associado à manutenção da sintomatologia e sofrimento psicológico da cliente (Ribeiro, Coutinho, Sousa, & Machado, 2011).

Por outro lado, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de ruturas na aliança e as pontuações da WAI-C e a WAI-T pelo que, o suporte empírico atribuído ao enfraquecimento da relação em momentos de quebra tensão ou falta de colaboração na díade (Coutinho, Ribeiro, Sousa et al., 2014), não se viu comprovado no presente estudo. No entanto, comparando os resultados atribuídos a cada caso nesta medida, verificam-se valores de aliança superiores no caso de sucesso (WAI-C varia entre 44 e 46) comparativamente ao caso de insucesso terapêutico (WAI-C varia entre 31 e 38), sustentado o pressuposto de que uma aliança terapêutica mais forte prediz um resultado terapêutico positivo (Baillargeon, et al., 2012; Coutinho, Ribeiro, Fernandes et al, 2014; Stevens et al., 2007). Por outro lado, importa informar que o caso de insucesso terapêutico se trata de uma cliente com perturbação da personalidade e que clientes nesta condição tendem a apresentar maior dificuldade na formação inicial da aliança terapêutica (Coutinho et al., 2014).

2.7. Conclusão

O presente estudo analisou a ocorrência das rupturas na aliança terapêutica em dois casos contrastantes de Terapia Focada nas Emoções para a depressão, através do Sistema Observacional 3'RS. Tal proposta baseou-se na inexistência de estudos que testem a aplicabilidade deste sistema de codificação à TFE (de formato individual) e pretendeu efetuar uma análise mais qualitativa destas ocorrências, de modo a poder contribuir para perceber se o 3'RS seria, ou não, aplicável numa modalidade como a TFE, da escola humanista e experiencial. Assim, a presente investigação constitui-se como o primeiro estudo a utilizar este método observacional (3'RS) para esta terapia (do qual tivemos conhecimento, de acordo com as pesquisas efetuadas nas bases de dados). Para além disso, o *design* de investigação permitiu examinar em maior profundidade o tipo de rupturas encontradas e as diferenças relativas aos casos, considerando o seu resultado (bem como outras variáveis implicadas).

Perante isto, faz sentido efetuar uma breve reflexão sobre algumas das implicações do presente estudo. Em primeiro lugar, relativamente à aplicabilidade da 3R's à TFE, consideramos que é possível constatar que o sistema se adapta à terapia e que permite detetar momentos de falta de colaboração e/ou tensão entre a díade. Para além disso, ao analisar a significância dessas rupturas, permite não só compreender a ocorrência destes momentos, como analisar a sua magnitude e conjecturar quanto a possíveis implicações para o processo. No entanto, segundo os resultados obtidos, verifica-se uma menor ocorrência de rupturas aquando da aplicação deste método à TFE. Isto levanta a hipótese de que essa menor ocorrência poderá resultar da modalidade em estudo, que toma como pressupostos fundamentais na terapia a construção de uma aliança terapêutica e a criação de um contexto terapêutico facilitador e que segue o cliente, momento a momento. No entanto, uma vez mais se salienta o carácter especulativo destas hipóteses, que necessitam de maior validação empírica, que suplemente estes dois casos.

Por outro lado, o presente estudo poderá também apresentar implicações para a prática da TFE e para os seus terapeutas. Tendo por base a importância por estes atribuída às dimensões relacionais, nomeadamente ao estabelecimento de um vínculo terapêutico com o/a cliente, poderá ser importante estarem instruídos sobre o tema e atentos ao fenómeno. Para além de basearem a sua atuação segundo estes princípios podem ainda utilizar instrumentos observacionais como o 3R's, como fonte de suporte para as suas intervenções, de forma desempenhar uma prática clínica o mais eficaz possível.

Em momento de conclusão, gostaríamos de destacar algumas limitações deste estudo. Primeiro, o facto de se terem analisado apenas 5 sessões de cada caso, o que não permite sustentar tão eficazmente os resultados obtidos, uma vez que não se tem conhecimento de eventuais ruturas que possam ter surgido nas restantes 11 sessões efetuadas para cada caso. Desta forma, considera-se importante que estudos posteriores considerem o caso completo. Para além disso, tratam-se apenas de 2 casos o que não permite generalizar as conclusões obtidas, nem obter uma variabilidade grande de diádes. Por outro lado, o terapeuta foi o mesmo para os dois casos, o que pode ser explicativo de características particulares obtidas, nomeadamente o número reduzido de ruturas, sendo importante atender a características do terapeuta por oposição às características da terapia em questão (TFE). Um outro aspeto que deverá ser tido em atenção reporta à motivação do cliente para com o tratamento, atendendo ao facto de que os dois casos partem de valores com diferenças significativas na medida da aliança desde o início do processo e isso pode ter implicações na terapia e no próprio resultado.

Referências Bibliográficas

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [doi:10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Adler, G., Shahar, B., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2018). The Development of the Working Alliance and Its Ability to Predict Outcome in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(6), 446-454.
- Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the agnew relationship measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 155-172. [doi:10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x)
- Allan, R., & Johnson, S. M. (2017). Conceptual and application issues: Emotionally focused therapy with gay male couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(4), 286-305. [doi:10.1080/15332691.2016.1238800](https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1238800)
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1987). The penn helping alliance scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: a research handbook* (pp. 325–366). New York, NY: Guilford Press.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive–behavior therapy: a preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710. [doi:10.1080/10503300802291463](https://doi.org/10.1080/10503300802291463)
- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution process of therapeutic alliance ruptures: a review of the literature. *Psychology*, 3(12), 1049-1058. [doi:10.4236/psych.2012.312156](https://doi.org/10.4236/psych.2012.312156)
- Barros, P., Altimir, C., & Pérez, J. C. (2016). Patients' facial-affective regulation during episodes of rupture of the therapeutic alliance/Regulación afectivo-facial de pacientes

- durante episodios de ruptura de la alianza terapéutica. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 580-603. [doi:10.1080/02109395.2016.1204781](https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1204781)
- Bartholomew, T. T., Gundel, B. E., & Scheel, M. J. (2017). The relationship between alliance ruptures and hope for change through counseling: A mixed methods study. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1), 1-19.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498. [doi:10.1177/0748175616664010](https://doi.org/10.1177/0748175616664010)
- Berk, E. A. (2013). *Detecting alliance ruptures and rupture repair with the segmented working alliance inventory - observer form (S-WAI-O)*. (tese de douturamento não publicada). Retirada de http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/elizabeth_berk_with_revision.pdf
- Bickman, L., de Andrade, A. R. V., Athay, M. M., Chen, J. I., De Nadai, A. S., Jordan-Arthur, B. L., & Karver, M. S. (2012). The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: whose ratings matter the most?. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(1-2), 78-89. [doi:10.1007/s10488-011-0398-0](https://doi.org/10.1007/s10488-011-0398-0)
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. [doi: 10.1037/h0085885](https://doi.org/10.1037/h0085885)
- Bos, S. C., Pereira, A. T., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A., & Azevedo, M. H. (2009). The BDI-II factor structure in pregnancy and postpartum: Two or three factors? *European Psychiatry*, 24(5), 334-340. [doi:10.1016/j.eurpsy.2008.10.003](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.10.003)
- Cash, S. K., Hardy, G. E., Kellett, S., & Parry, G. (2014). Alliance ruptures and resolution during cognitive behavior therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(2), 132-145. [doi:10.1080/10503307.2013.838652](https://doi.org/10.1080/10503307.2013.838652)

- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2016). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research*, 1-11. [doi:10.1080/10503307.2016.1227104](https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1227104)
- Cheng, T. C., & Lo, C. C. (2018). A longitudinal analysis of factors associated with therapeutic alliances. *Community Mental Health Journal*, 1-11. [doi:10.1007/s10597-017-0229-1](https://doi.org/10.1007/s10597-017-0229-1)
- Chu, B. C., Suveg, C., Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2010). Involvement shifts, alliance ruptures, and managing engagement over therapy. In D. Castro-Blanco & M. S. Karver (Eds.), *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents* (pp. 95-121). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Clemence, A. J., Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Strassle, C. G., & Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 12(6), 443-454. [doi:10.1002/cpp.467](https://doi.org/10.1002/cpp.467)
- 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(4), 222-226. [10.1016/S0924-9338\(02\)00663-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00663-6)
- Colli, A., & Lingardi, V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 718-734. [doi:10.1080/10503300903121098](https://doi.org/10.1080/10503300903121098)
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., Zack, S. E., & DeGeorge, J. (2010). Engagement in psychotherapy: Factors contributing to the facilitation, demise, and restoration of the therapeutic alliance. In D. Castro-Blanco & M. S. Karver (Eds.), *Elusive alliance:*

Treatment engagement strategies with high-risk adolescents (pp. 21-57). Washington, DC, US: American Psychological Association

- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Luukko, E. K., Newkirk, K., Bernecker, S. L., Ravitz, P., & McBride, C. (2017). Therapeutic alliance, subsequent change, and moderators of the alliance–outcome association in interpersonal psychotherapy for depression. *Psychotherapy, 54*(2), 125. [doi:10.1037/pst0000101](https://doi.org/10.1037/pst0000101)
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Annals of Psychology, 30*(3), 985-994. [doi:10.6018/analesps.30.3.168911](https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.168911)
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21*(5), 525-540. [doi:10.1080/10503307.2011.587469](https://doi.org/10.1080/10503307.2011.587469)
- Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: Its role on change processes according to a relational approach. *Análise Psicológica, 27*(4), 479-491. [doi:10.14417/ap.242](https://doi.org/10.14417/ap.242)
- Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2010). Transacciones interpersonales en episodios de ruptura de la alianza: un estudio de caso de un abandono de terapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 19*(2), 101-115.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. (2014). Comparing to methods of identifying alliance ruptures events. *American Psychological Association, 51*(3), 434-442. [doi:10.1037/a0032171](https://doi.org/10.1037/a0032171)
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 280. [doi:10.1037/0033-3204.43.3.280](https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.280)

- Daly, A. M., Llewelyn, S., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2009). Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(3), 273-288. doi:10.1348/147608309X481036
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649. doi:10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*, 28(3), 406-422.
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163. doi:10.1080/10503307.2014.954153
- 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. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434.
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2016) *Emotion-focused therapy*. In: Person-Centred Counselling and Psychotherapy. McGraw-Hill/Open University Press, Maidenhead, Berkshire. ISBN 9780335263547
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., and Greenberg, L.S. (2004) Learning emotion focused therapy: *The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Eubanks, C. F., Burckell, L. A., & Goldfried, M. R. (2018). Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 60. doi10.1037/int0000097

- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York.
- Eubanks-Carter, C., Gorman, B. S., & Muran, J. C. (2012). Quantitative naturalistic methods for detecting change points in psychotherapy research: An illustration with alliance ruptures. *Psychotherapy Research*, 22(6), 621-637. doi:10.1080/10503307.2012.693772
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance Ruptures and Resolution. In Muran, J. C., & Berber, J. P. (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp.74-96). New York: Guilford Press.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2014). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169. doi:10.1037/a0037596
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317. doi:10.1037/a0032258
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. (1997). *Structured clinical interview for DSM IV*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, Department of Psychiatry Columbia University.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., Symonds, D., & Horvath, A. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10 –17. doi:10.1037/a0025749
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. Advance online publication. doi:10.1037/pst0000172

- Forster, C., Berthollier, N., & Rawlinson, D. (2014). A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for Personality Disorder. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 4, 133. [doi:10.4172/2161-0487.1000133](https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000133)
- Friedlander, M. L. (2015). Use of relational strategies to repair alliance ruptures: How responsive supervisors train responsive psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(2), 174. [doi:10.1037/a0037044](https://doi.org/10.1037/a0037044)
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: a mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. [doi:10.1037/13485-000](https://doi.org/10.1037/13485-000)
- Gendlin, E.T. (1996) *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. New York: Guilford Press
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2016). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 84-104. [doi:10.1111/papt.12097](https://doi.org/10.1111/papt.12097)
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Owen, J. J., & Gold, J. R. (2013). Psychotherapy integration and alliance: Use of cognitive-behavioral techniques within a short-term psychodynamic treatment model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(4), 373. [doi:10.1037/a0034363](https://doi.org/10.1037/a0034363)
- Goldman, R. N. (2016). Emotion-focused therapy. In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 319-350). Washington, DC, US: American Psychological Association. [doi:10.1037/14775-011](https://doi.org/10.1037/14775-011)
- Goldman, R. N. (2017). The emotion-focused therapeutic relationship: Genuineness, warmth, and acceptance are not neutral: comment on Gelso and Kanninen (2017). *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(3), 350-358.

- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*(5), 537-549.
- González, N. A. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud, 16*(1), 9-29.
- Guzman, C. M., Tomicic, A., Medina, L., & Krause, M. (2014). A Microanalytical Look at Mutual Regulation in Psychotherapeutic Dialogue: Dialogic Discourse Analysis (DDA) in Episodes of Rupture of the Alliance. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 17*(2), 73-93. doi:10.7411/RP.2014.021
- Green, J. (2009). The therapeutic alliance. *Child: Care, Health and Development, 35*(3), 298-301. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00970.x
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 11*(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2011). *Terapia focada nas emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 51*(3), 350-357.
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 16*(2), 106-117.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 155-163. doi:10.1002/jclp.20108

- Haskayne, D., Larkin, M., & Hirschfeld, R. (2014). What are the experiences of therapeutic rupture and repair for clients and therapists within long-term psychodynamic therapy? *British Journal of Psychotherapy*, 30(1), 68-86. [doi:10.1111/bjp.12061](https://doi.org/10.1111/bjp.12061)
- Hatcher, R. L., Gillapsy, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25. [doi:10.5033/00500352500](https://doi.org/10.5033/00500352500)
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 428-450. [doi:10.1016/j.cpr.2014.06.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.004)
- Horvath, A. O. (2017). Research on the alliance: knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499-516. [doi:10.1080/10503307.2017.1373204](https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204)
- Horvath, A. O. (2018). The psychotherapy relationship: where does the alliance fit? In O. Tishby, & H. Wiseman (eds.), *Developing the therapeutic relationship: integrating case Studies, research, and practice* (pp. 15-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. [doi:10.1037/a0022186](https://doi.org/10.1037/a0022186)
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139. [doi:10.1037/0022-0167.38.2.139](https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139)
- Hunter, J. A., Button, M. L., & Westra, H. A. (2014). Ambivalence and alliance ruptures in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*(3), 201-208. [doi:10.1080/16506073.2014.899617](https://doi.org/10.1080/16506073.2014.899617)
- 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*(1), 12.
- Karyn D., Ruiz-Cordell, & Safran J. (2007). Alliance Ruptures: Theory, Research, and Practice. In Hofman, S., & Weinberger, J. (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy* (pp. 155-170). New York: Routledge.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 362–371.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J. N., & De Roten, Y. (2014). Emotion in an alliance rupture and resolution sequence: A theory-building case study. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*(4), 263-271. [doi:10.1080/14733145.2013.819932](https://doi.org/10.1080/14733145.2013.819932)
- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud, 22*(3), 267-283. [doi:10.5093/cl2011v22n3a7](https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a7)
- Larsson, M. H., Falkenström, F., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2016). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy Research, 1*-14. [doi: 10.1080/10503307.2016.1174345](https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174345)
- Laws, H. B., Constantino, M. J., Sayer, A. G., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Manber, R., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Steidmann, D., These, M. E., & Arnow, 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
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46.
- Marmarosh, C. L., Schmidt, E., Pembleton, J., Rotbart, E., Muzyk, N., Liner, A., Reid, L., Margolies, A., Joseph M., & Salmen, K. (2015). Novice therapist attachment and perceived ruptures and repairs: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 140. doi:10.1037/a0036129
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3), 438. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2010). *Análise de dados com spss*. Lisboa: Escolar Editora.
- McLaughlin, A. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture–repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112. doi:10.1037/a0034696
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they?. *Behavior Therapy*, 33(4), 529-550.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.

- Miller-Bottome, M., Talia, A., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2017). Resolving Alliance Ruptures from an Attachment-Informed Perspective. *Psychoanalytic Psychology*, Advance online publication. doi:10.1037/pap0000152
- Muran, J.C. & Safran, J.D. (in press). Therapeutic alliance ruptures. In A.E. Wenzel (Ed.), *Sage Encyclopedia of Abnormal & Clinical Psychology*. New York: Sage Publications.
- Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. In Muran, & Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 320-340). New York: Guilford Press.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233. doi:10.1037/a0016085
- Muran J. C., Safran J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2004). *Patient and therapist postsession questionnaires, Version 2004*. New York: Beth Israel Medical Center
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605.
- Owen, J., Imel, Z., Tao, K. W., Wampold, B., Smith, A., & Rodolfa, E. (2011). Cultural ruptures in short-term therapy: Working alliance as a mediator between clients' perceptions of microaggressions and therapy outcomes. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(3), 204-212. doi:10.1080/14733145.2010.491551
- Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 341.

- Paranhos, M., Argimon, I. I., & Werlang, B. S. (2010). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3).
- Pereira, J. G. (2010). Transference and the Therapeutic Relationship–Working For or Against It? *Grupanaliseonline–New Series*, 1, 1-14.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Dell.
- Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do working alliance inventory – short revised* (Tese de Mestrado). Retirada de Repositório UM (<http://hdl.handle.net/1822/8895>)
- Ribeiro, E. (2009). Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica. *Braga: Psiquilibrios*.
- Ribeiro, E., Coutinho, J., Sousa, Z., & Machado, C. (2011). Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1).
- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, A. O., & Sousa, I. (2013). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the therapeutic collaboration coding system. *Psychotherapy Research*, 24(3), 346-359.
- Rodgers, R., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). L’alliance thérapeutique en psychothérapie: apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438. [doi:10.1016/j.encep.2010.02.005](https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.02.005)
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology: a study of a science*, (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381. [doi:10.1037/a0036815](https://doi.org/10.1037/a0036815)

- Safran, J. D., & Muran, J. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 201-225). doi:10.1007/978-1-59745-444-59
- Safran, J., Muran, J., & Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 211-232. doi:10.1080/00107530.2014.880318
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 406. doi:10.1037/00333204.38.4.406
- Sahli, C., Roten, Y., & Despland, J. N. (2015). Therapist interpretation, alliance rupture-resolution and outcome. *Schweiz Arch Neurol Psychiatry*, 166(6), 208-214. doi:0.4414/sanp.2015.00331
- Salgado, M. E. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en Psicología*, 13(1), 46-55. doi:10.13140/RG.2.1.4145.1363
- Schwartz, C., Hilbert, S., Schlegl, S., Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2018). Common change factors and mediation of the alliance–outcome link during treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 584. doi:10.1037/ccp0000302

- Seelert, K. R., Hill, R. D., Rigdon, M. A., & Schwenzfeier, E. (1999). Measuring patient distress in primary care. *Family Medicine*, *31*(7), 483–487.
- Shateri, Z. E., & Lavasani, F. F. (2018). Therapeutic alliance and early change in depression: benefits of enhancing working alliance at the initial sessions of short-term supportive–expressive psychodynamic psychotherapy. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *1*, 17-25. [doi:10.12740/APP/81551](https://doi.org/10.12740/APP/81551)
- Shrout, P. E., Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, *86*(2), 420-428.
- Sommerfeld, E., Orbach, I., Zim, S., & Mikulincer, M. (2008). An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with clients' core conflictual relationship themes, alliance-related discourse, and clients' postsession evaluations. *Psychotherapy Research*, *18*(4), 377-388. [doi:10.1080/1050330070167587](https://doi.org/10.1080/1050330070167587)
- Steer, R., Ball, R., Ranieri, W., & Beck, A., (1999). Dimension of Beck Depression-II in clinical depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, *55*(1), 117-128. [10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199901\)55:1<117::AID-JCLP12>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<117::AID-JCLP12>3.0.CO;2-A)
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Arnold, W. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(2), 109.
- Stiles, W.B., Glick, M.J., Osatuke, K., Hardy, G.E., Shapiro, D.A., Agnew-Davies, R., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, *51*, 81-92.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J., & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-

- compulsive personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 337-345. [doi:10.1037/0022-006X.74.2.337](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.337)
- Swank, L. E., & Wittenborn, A. K. (2013). Repairing alliance ruptures in emotionally focused couple therapy: A preliminary task analysis. *The American Journal of Family Therapy*, 41(5), 389-402.
- Víslá, A., Constantino, M. J., Newkirk, K., Ogradniczuk, J. S., & Söchting, I. (2018). The relation between outcome expectation, therapeutic alliance, and outcome among depressed patients in group cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 28(3), 446-456.
- Wang, L., Chen, W., & Guo, B. (2017). Related factors and clinical applications of therapeutic alliance in psychotherapy: A review. *Chinese Mental Health Journal*, 31(1), 77-82.
- Webb, C. A., Beard, C., Auerbach, R. P., Menninger, E., & Björgvinsson, T. (2014). The therapeutic alliance in a naturalistic psychiatric setting: Temporal relations with depressive symptom change. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 70-77. [doi:10.1016/j.brat.2014.07.015](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.015)
- Westerman, M. A., & de Roten, Y. (2017). Investigating how interpersonal defense theory can augment understanding of alliance ruptures and resolutions: A theory-building case study. *Psychoanalytic Psychology*, 34(1), 13-25. [doi:10.1037/pap0000122](https://doi.org/10.1037/pap0000122)
- Westra, H. A., Constantino, M. J., & Aviram, A. (2011). The impact of alliance ruptures on client outcome expectations in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 21(4), 472-481. [doi: 10.1080/10503307.2011.581708](https://doi.org/10.1080/10503307.2011.581708)
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311. [doi:1037/a0040435](https://doi.org/10.1037/a0040435)

- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). Not just a non-specific factor: Moderators of the effect of within-and between-clients alliance on outcome in CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 146-158.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 84(6), 484-496. [doi:10.1037/ccp0000058](https://doi.org/10.1037/ccp0000058)
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 681-697. [doi: 10.1002/jclp.20683](https://doi.org/10.1002/jclp.20683)

ANEXOS

ANEXO I

Tabela 6

		CASO DE SUCESSO	CASO DE INSUCESSO
RUTURAS DE EVITAMENTO	Resposta Mínima	<p>“C: Ser gostada, ou ser amada, fazer depender a minha vida nisso (voz trémula)</p> <p>T: Hmm, é capaz de me explicar um bocadinho melhor o que é que quer dizer?</p> <p>C: (Respira fundo) (pausa)</p> <p>T: é difícil falar sobre isso?</p> <p>C: Hmm, hmm, não sei, não não (pausa)</p> <p>T: noto que há aí qualquer coisa</p> <p>C: hmm, não sei exprimir”</p>	
	Conteúdo Afeto/Dividido	<p>(foco na relação estabelecida com a mãe)</p> <p>“ C: muito muito, eu sinto-me muito zangada contigo (ri-se) ”</p> <p>“ C: As vezes digo que como fui a primeira nasci com os defeitos todos, os outros foram demais aprimorados (ri-se)”</p>	
	Diferencial e Apaziguador		<p>“ T: Faz sentido?</p> <p>C: Acena afirmativamente com a cabeça</p> <p>T: E nesse sentido o que lhe iria pedir era que para até à próxima semana que escrevesse a carta. Sente-se capaz de o fazer</p> <p>C: (Pausa) Vou tentar</p> <p>T: Mas faz sentido pelo menos para si?</p> <p>C: (Respira fundo). Sim, é provável que sim”</p>
RUTURAS DE CONFRONTO	Rejeita a intervenção do terapeuta	<p>(Após efetuar exercício de cadeira vazia para com a mãe)</p> <p>“ T: quando entra em contacto com esse lado é como se precisasse de carinho e afeto dos outros</p> <p>C: denota maior ativação (chora)</p> <p>T: deixe vir, deixe vir</p> <p>C: não quero</p> <p>T: hmm, não quer</p> <p>C: é um mar de lagrimas</p> <p>T: é uma tristeza muito grande</p> <p>C: muito (pausa) nem quero falar disso. Nem quero falar nem quero pensar. Eu nem quero pensar nisso. É isso mesmo que eu prefiro, é isso mesmo que eu sinto.”</p>	<p>“T: ponha novamente a mão à sua frente, com o máximo de força que tiver, mas sem se magoar. O que lhe dá vontade de fazer?</p> <p>C: Tentar tirar mas não tenho forças para isso</p> <p>T: ok agora ponha a mão e empurre-a e tire</p> <p>C: é como se não tivesse forças para fazer isso</p> <p>T: Neste momento vamos criar essa força, trazer essa vontade que tenha</p> <p>C: mas as vezes não sei se tenho essa vontade ou se quero”</p>
		<p>“ T: é uma limitação sua. Hmm, nunca me falou sobre isso. É capaz de me falar um bocadinho sobre isso?</p> <p>C: ai não me apetece falar sobre isso</p>	<p>“T: o que lhe acontece quando pensa nisso?</p> <p>C: não gosto de falar sobre isto porque faz-me reviver as situações”</p>

	<p>T: pronto se não quiser falar ...</p> <p>C: isso já denota muita coisa não é?</p> <p>T: é um assunto difícil</p> <p>C: É (acena afirmativamente)</p> <p>(...)</p> <p>T: o que é que acha acerca de si própria, como é esse processo, o que é que se passa consigo?</p> <p>C: ai não me apetece dizer, não me apetece dizer”</p>	
		<p>C: “Falar disto não vai mudar nada, não vale a pena”</p>
		<p>“T: Há uma dor que não está sarada, está apenas coberta, a ser esmagada de alguma maneira</p> <p>C: Não sei se o facto de falar vai mudar alguma coisa. O facto de expor as coisas o que sinto não faz com que os sentimentos desapareçam, com que consiga ultrapassa-los”</p>
		<p>“T: Mas isto é um caminho racional a fazer. Não significa que tenhamos de ir nessa direção. E as suas dúvidas e dificuldades fazem parte do processo. Eu só quero saber se faz sentido esse ser um caminho a percorrer.</p> <p>C: Falar do que sinto, do que aconteceu, não vai fazer mudar as coisas, não vai fazer com que tudo volte a ser como era.”</p>
		<p>“C: Se calhar grande parte disto é mais martirizante e se calhar ficarmos aqui a discutir sobre a situação, assim sobre o episódio, sobre a relação do que propriamente falar sobre ela. É mais tenso normalmente para si</p> <p>C: não sei (pausa). Não sei se consigo, há um bloqueio muito grande de falar sobre isso. Não sei, as vezes dá-me vontade de falar de deitar tudo cá para fora mas por outro lado acho que também não consigo estar a ouvir isso, a expor.”</p>
Preocupações sobre a atividade	<p>“ C: Isto hoje está mau.</p> <p>T: É uma tristeza profunda</p> <p>C: É triste, para mim é. Não pensei que hoje isto fosse enveredar por esse aspeto. Isto é sempre surpresas, todas as vezes que venho aqui.</p> <p>T: Significa então que há aspetos dolorosos da sua experiencia que necessitam vir ao de cima</p> <p>C: Sim talvez, mas é muito difícil falar sobre isso”</p>	<p>(ao efetuar exercício de duas cadeiras)</p> <p>“T: Imediatamente fica assim constringida a mexer nestas coisas. É quase como se houvesse uma expectativa de que se se deixar ir na situação pode-lhe acontecer qualquer coisa de mal.</p> <p>C: Não sei se é poder acontecer alguma coisa de mal mas é o facto de para já achar a situação um pouco estranha, não sei explicar. É mesmo sentir que é uma situação estranha, desconfortável e a exposição, para mim é realmente difícil falar de certas coisas e as vezes prefiro não falar”</p>

Controla/pressiona o
terapeuta

“ T: a ideia é ir caminhando ...
C: para dominar isso
T: acena afirmativamente com a
cabeça
C: Será que vamos conseguir? ”

Anexo II

Teste de Mann-Whitney para as diferenças nas ruturas na aliança terapêutica em ambos os casos (sucesso e insucesso)

Mann-Whitney Test

Ranks

	Caso	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTAL_WD	P047	5	6,50	32,50
	P213	5	4,50	22,50
	Total	10		
TOTAL_CF	P047	5	5,40	27,00
	P213	5	5,60	28,00
	Total	10		

Test Statistics^a

	TOTAL_WD	TOTAL_CF
Mann-Whitney U	7,500	12,000
Wilcoxon W	22,500	27,000
Z	-1,225	-,111
Asymp. Sig. (2-tailed)	,221	,911
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,310 ^b	1,000 ^b

a. Grouping Variable: Caso

b. Not corrected for ties.

ANEXO III

Teste de Spearman para associação entre Total de Ruturas de Evitamento e OQ-10, no caso de sucesso e no caso insucesso terapêutico

Correlations

Caso			TOTAL_WD	OQ.10	
Spearman's rho	P047	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	1,000	,444
			Sig. (2-tailed)	.	,454
			N	5	5
	OQ.10	Correlation Coefficient	,444	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,454	.	
		N	5	5	
P213	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	1,000	-,707	
			Sig. (2-tailed)	.	,182
			N	5	5
	OQ.10	Correlation Coefficient	-,707	1,000	
			Sig. (2-tailed)	,182	.
			N	5	5

ANEXO IV

Teste de Spearman para associação entre o total de ruturas de confrontação e o OQ-10, no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Correlations

Caso				OQ.10	TOTAL_CF
Spearman's rho	P047	OQ.10	Correlation Coefficient	1,000	,162
			Sig. (2-tailed)	.	,794
			N	5	5
	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	,162	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,794	.	
		N	5	5	
P213	OQ.10	OQ.10	Correlation Coefficient	1,000	-,632
			Sig. (2-tailed)	.	,252
			N	5	5
	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	-,632	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,252	.	
		N	5	5	

ANEXO V

Associação entre a WAI-C e o total de ruturas de evitamento, no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Correlations

Caso				WAI.C	TOTAL_WD
Spearman's rho	P047	WAI.C	Correlation Coefficient	1,000	-,866
			Sig. (2-tailed)	.	,333
			N	3	3
	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	-,866	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,333	.	
		N	3	5	
P213	WAI.C	Correlation Coefficient	1,000	,258	
		Sig. (2-tailed)	.	,742	
		N	4	4	
	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	,258	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,742	.	
		N	4	5	

ANEXO VI

Associação entre a WAI-C e o total de ruturas de confrontação, no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Correlations

Caso				WAI.C	TOTAL_CF
Spearman's rho	P047	WAI.C	Correlation Coefficient	1,000	-,500
			Sig. (2-tailed)	.	,667
			N	3	3
	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	-,500	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,667	.	
		N	3	5	
P213	WAI.C	WAI.C	Correlation Coefficient	1,000	-,316
			Sig. (2-tailed)	.	,684
			N	4	4
	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	-,316	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,684	.	
		N	4	5	

ANEXO VII

Associação entre o total de ruturas de evitamento e o BDI-II, no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Correlations

Caso				TOTAL_WD	BDI.II
Spearman's rho	P047	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	1,000	,740
			Sig. (2-tailed)	.	,152
			N	5	5
	BDI.II		Correlation Coefficient	,740	1,000
			Sig. (2-tailed)	,152	.
			N	5	5
P213	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	1,000	-,354	
			Sig. (2-tailed)	.	,559
			N	5	5
	BDI.II		Correlation Coefficient	-,354	1,000
			Sig. (2-tailed)	,559	.
			N	5	5

ANEXO VIII

Associação entre o total de ruturas de confrontação e o BDI-II, no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Correlations

Caso				BDI.II	TOTAL_CF
Spearman's rho	P047	BDI.II	Correlation Coefficient	1,000	-,081
			Sig. (2-tailed)	.	,897
			N	5	5
	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	-,081	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,897	.	
		N	5	5	
P213	BDI.II	BDI.II	Correlation Coefficient	1,000	-,632
			Sig. (2-tailed)	.	,252
			N	5	5
	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	-,632	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,252	.	
		N	5	5	

ANEXO IX

Associação entre o total de ruturas de evitamento e a WAI-T, no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Correlations

Caso				TOTAL_WD	WAI.T
Spearman's rho	P047	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	1,000	,866
			Sig. (2-tailed)	.	,333
			N	5	3
	WAI.T	Correlation Coefficient	,866	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,333	.	
		N	3	3	
P213	TOTAL_WD	Correlation Coefficient	1,000	,258	
		Sig. (2-tailed)	.	,742	
		N	5	4	
	WAI.T	Correlation Coefficient	,258	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,742	.	
		N	4	4	

ANEXO X

Associação entre o total de ruturas de confrontação e o WAI-T, no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Correlations

Caso				TOTAL_CF	WAI.T
Spearman's rho	P047	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	1,000	,500
			Sig. (2-tailed)	.	,667
			N	5	3
		WAI.T	Correlation Coefficient	,500	1,000
			Sig. (2-tailed)	,667	.
			N	3	3
P213	TOTAL_CF	TOTAL_CF	Correlation Coefficient	1,000	-,316
			Sig. (2-tailed)	.	,684
			N	5	4
		WAI.T	Correlation Coefficient	-,316	1,000
			Sig. (2-tailed)	,684	.
			N	4	4