

Universidade da Maia - ISMAI
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Aliança Terapêutica e Resultados Clínicos de uma Intervenção Breve no Autoperdão

Sofia Torres Alves; A039503

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:
Professora Doutora Carla Cunha

Setembro de 2022



“Todas as lagoas do mundo dependem de sermos ao menos dois. Para que um veja e o outro ouça. Sem um diálogo não há beleza e não há lagoa. A esperança na humanidade, talvez por ingênua convicção, está na crença de que o indivíduo a quem se pede que ouça o faça por confiança. É o que todos almejamos. Que acreditem em nós.”

Valter Hugo Mãe, *A Desumanização*.

Agradecimentos

Aos meus professores, porque a partilha de conhecimento é um dos fenómenos mais bonitos da essência humana. A todos, desde que iniciei o meu percurso escolar, pela inspiração e descoberta que proporcionaram em mim. Em especial, nesta viagem, à Professora Doutora Carla Cunha, pela paciência, sabedoria e orientação. É com muito carinho que guardo todos os seus conselhos.

À Doutora Liliana, que apesar de não ser professora me ensinou muito e porque faz parte destas páginas tanto como eu, por permitir que este projeto brotasse, por todos os esclarecimentos e por cada palavra de conforto e motivação, um sincero obrigada.

Aos meus amigos, por serem salva-vidas sem título, por todas as palavras, abraços e programas improvisados. À Patrícia, pela partilha e amizade genuína. À Rocío, pelas palavras de conforto e por acreditar em mim. Aos Freitas, pelas viagens e pela aprendizagem constante.

À família, aos rebentos Leonor, Francisca e Luísa pela forma como olham para o mundo e pelos vossos sorrisos. Que eu vos possa acompanhar, sempre. Aos avós pelas aprendizagens sábias e pelo olhar de ternura. Ao Padrinho, que é versão descontraída de pai, e à Sara pelo apoio.

Ao Alfredo, pela partilha e aprendizagem, pelo cuidado e carinho. Se o coração falasse não saberia explicar o grata que sou por te ter na minha vida.

Aos meus pais, por me terem dado asas e permitirem que fosse eu que descobrisse como usá-las. Mamã, toda a minha admiração é tua. Papá, serás sempre o meu herói preferido.

Resumo

Nos últimos anos, a aliança terapêutica emerge na literatura como sendo vital para a mudança. A relação entre o terapeuta e cliente gera contribuições positivas num aspeto psicoterapêutico uma vez que cria um compromisso, dando origem a um maior envolvimento do cliente com o processo terapêutico. Objetivos: Através de uma intervenção breve em estudantes universitários, com base na Terapia Focada nas Emoções e no modelo REACH, pretende-se perceber como a aliança terapêutica evolui ao longo do processo de autoperdão em participantes que reconhecem ter cometido uma ofensa interpessoal. Método: Com uma amostra de 11 participantes e através de análises quantitativas, caracterizou-se demograficamente a amostra, e a evolução das variáveis de processo em termos de aliança terapêutica e resultados obtidos, nomeadamente nos níveis de autoperdão, bem-estar psicológico e sintomatologia geral. Verificou-se, também, se existia relação entre a aliança terapêutica e o autoperdão. Resultados e Conclusão: Os resultados evidenciaram uma correlação estatisticamente significativa moderada entre a aliança terapêutica e o autoperdão, concluindo-se que, ao longo dos processos terapêuticos, uma aliança terapêutica elevada acompanha as mudanças clínicas favoráveis.

Palavras-Chave: Aliança Terapêutica; Autoperdão; Terapia Focada nas Emoções

Abstract

In recent years, the therapeutic alliance has emerged in the literature as being vital for change. The relationship between therapist and client generates positive contributions in a psychotherapeutic aspect as it creates a commitment, giving rise to a greater involvement of the client with the therapeutic process. Objectives: Through a brief intervention in university students, based on Emotion-Focused Therapy and the REACH model, we aimed to understand how the therapeutic alliance evolves throughout the self-forgiveness process in participants who recognize themselves as offenders (i.e. having committed an interpersonal offense). Method: With a sample of 11 participants and through quantitative analysis, we characterized this sample demographically, characterized the evolution of process variables, such as the therapeutic alliance, and outcome variables such as the levels of self-forgiveness, psychological well-being and general symptomatology). We also verified if there was a relationship between the therapeutic alliance and self-forgiveness. Results and Conclusion: The results evidenced a statistically significant, moderate correlation between the therapeutic alliance and self-forgiveness, allowing us to conclude that, throughout the therapeutic process, a favourable therapeutic alliance accompanies positive clinical changes.

Keywords: Therapeutic Alliance; Self forgiveness; Emotion Focused Therapy

Índice

Introdução	1
Aliança Terapêutica e Psicoterapias: Evidências Empíricas	4
Aliança Terapêutica e Terapia Focada nas Emoções	6
Aliança Terapêutica e Autoperdão.....	9
Capítulo II. Estudo Empírico.....	11
2.1. Questão de Investigação e Objetivo do Estudo	11
2.2. Método	11
2.2.1 Participantes	11
2.2.2 Intervenção Clínica.....	12
2.2.3 Medidas.....	14
2.2.4. Procedimentos	18
2.2.5. Resultados.....	20
2.2.5.1. Evolução da Aliança Terapêutica.....	21
2.2.5.2. Evolução do Autoperdão	23
2.2.5.3. Evolução do Bem-estar e da Sintomatologia Geral.....	25
2.2.5.4. Evolução da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral – Caso de Sucesso e Insucesso	27
2.2.5.5. Aliança Terapêutica e Autoperdão.....	29
2.2.6. Discussão	33
Capítulo III. Conclusão	36
Referências Bibliográficas.....	37

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Fases da Intervenção Clínica</i>	Erro! Marcador não definido.	14
Tabela 2. <i>Consistência Interna das Medidas do Presente Estudo</i>		20
Tabela 3. <i>Resultados Teste Não Paramétrico de Spearman-Rho – Aliança Terapêutica e Autoperdão, Sessão 1.</i>		29
Tabela 4. <i>Resultados Teste Não Paramétrico de Spearman-Rho, Aliança Terapêutica e Autoperdão, Sessão 3.</i>		30
Tabela 5. <i>Resultados Teste Não Paramétrico Friedman - Autoperdão</i>		31
Tabela 6. <i>Resultados Teste Não Paramétrico Friedman – Aliança Terapêutica Cliente</i>		31
Tabela 7. <i>Resultados Teste Não Paramétrico Friedman – Aliança Terapêutica Terapeuta</i> ..		32

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Evolução WAI-C (The Working Alliance Inventory – Client) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>	Erro! Marcador não definido.	21
Figura 2. <i>Dados estatísticos (média e desvio padrão) WAI-C (The Working Alliance Inventory – Client) ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>		22
Figura 3. <i>Evolução WAI-T (The Working Alliance Inventory - Therapist) dos ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>		22
Figura 4. <i>Evolução SSFS (State Self-Forgiveness Scale) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>		23

Figura 5. <i>Evolução da FSCRS (Forms of Self-Criticism and Reassuring Scale) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>	24
Figura 6. <i>Evolução da Letting Go Measure dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>	25
Figura 7. <i>Evolução da PWBS (Psychological Well-Being Scale) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>	26
Figura 8. <i>Evolução do CORE-10 dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão</i>	26
Figura 9. <i>Dados da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral para o Caso de Sucesso e Insucesso na Sessão 1.....</i>	28
Figura 10. <i>Dados da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral para o Caso de Sucesso e Insucesso na Sessão 3.....</i>	28
Figura 11. <i>Dados da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral para o Caso de Sucesso e Insucesso na Sessão 6</i>	

Introdução

Na atualidade, a qualidade da relação entre terapeuta e cliente representa um conceito chave para a prática psicoterapêutica (Norcross & Lambert, 2018). É o processo de colaboração e negociação da díade que permite aceder aos sentimentos e comportamentos do cliente e, conseqüentemente, promover a mudança no contexto terapêutico (Norcross & Lambert, 2018; Ribeiro, 2009). Nesta relação de colaboração e influência mútua floresce a Aliança Terapêutica (AT). A AT, compromisso entre os elementos da díade, é fundamentada, segundo Bordin (1979), pelo acordo nos objetivos terapêuticos, pelo consenso na realização das tarefas terapêuticas e pela ligação entre o terapeuta e cliente. A junção dos objetivos, do *feedback* e do vínculo permite, então, um maior envolvimento do cliente com o processo terapêutico, o que corresponde de forma significativa a resultados de sucesso ao nível do tratamento (Zimmerman et al., 2020). Compreende-se que, para o estabelecimento da aliança terapêutica, o terapeuta deve identificar, compreender e monitorizar, momento a momento, as dificuldades e necessidades demonstradas pelo cliente providenciando uma resposta adaptada às especificidades do mesmo (Ribeiro et al., 2016). A este atendimento flexível, por parte do terapeuta, dá-se o nome de responsividade terapêutica. Segundo Ribeiro (2019), “a aliança terapêutica emerge de uma espécie de dança a dois, em que os tempos e os movimentos, de cada elemento da díade, se alinham reciprocamente ao ritmo da confiança e do respeito pela prontidão para mudar”, por isso compreende-se por aliança terapêutica a qualidade da interação entre o profissional e o cliente no contexto terapêutico. Greenberg (2012) enfatiza o papel das emoções na mudança psicoterapêutica, visto que a emoção é a principal fonte de informação para a construção do *self*, ajudando o ser humano a comunicar o que sente às outras pessoas, bem como a adaptar-se e ajustar-se às circunstâncias atendendo às necessidades do indivíduo

(Elliott, 2012). Desta premissa nasce a Terapia Focada nas Emoções, uma abordagem humanista-fenomenológica que conjuga, na sua prática, o clima relacional da Terapia Humanista Centrada no Cliente de Rogers, as técnicas experienciais facilitadoras da ativação emocional da Gestalt Terapia e da psicoterapia orientada para a focalização de Gendlin (Elliott et al., 2004). Como princípio base de *mudar emoções com emoções*, a TFE propõe-se a trabalhar diretamente com o sistema emocional do ser humano, enfatizando a importância da tomada de consciência emocional, da aceitação e da transformação emocional. É através da aceitação das experiências emocionais que se consegue quebrar os esquemas emocionais desadaptativos do indivíduo, o que contribui significativamente para o bem-estar psicológico do mesmo (Greenberg, 2014). Neste sentido, Rogers (1961) explica que “the curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change” (p.17).

As experiências emocionais dolorosas que formam os esquemas emocionais desadaptativos associam-se, frequentemente, à presença de comportamentos desadaptativos, à desvalorização do autocuidado e à deterioração das relações interpessoais (Davis et al., 2015). É neste sentido que o autoperdão se torna fundamental, pois permite ao indivíduo o alívio dos sentimentos, comportamentos e pensamentos negativos do *self* (e.g. autocrítica; Gilbert & Woodyatt, 2017), promovendo a autorregulação, uma visão mais positiva do *self* (Wenzel et al., 2012) e influenciando significativamente o bem-estar psicológico (David et al., 2015; Peterson et al., 2016; Woodyatt et al., 2017). Por ser um processo complexo, o autoperdão torna-se um desafio para o indivíduo que implica, essencialmente, a responsabilização da ofensa (Wenzel, Woodyatt, & Hedrick, 2012) e a transformação das emoções, cognições e comportamentos negativos por emoções, cognições e comportamentos positivos (Woodyatt et al., 2017). Assim, pode-se afirmar que, para que este processo ocorra, torna-se crucial (1) a consciencialização, (2) a aceitação e (3) a responsabilização da ofensa do indivíduo. Por outras palavras, “a willingness to abandon self-resentment in the face of one’s acknowledged objective wrong,

while fostering compassion, generosity, and love toward oneself” (Enright & Human Development Study Group, 1996, p.115).

Tendo por base o conceito de perdão, Worthington (2009) desenvolve o modelo de intervenção REACH que se foca na resolução do dano emocional e na promoção do processo de perdão. Este modelo de intervenção é caracterizado por cinco etapas, sendo estas: R) *Recall the hurt*, o recordar a ofensa fomenta a aceitação e responsabilização pela mesma; E) *Empathize*, empatia perante o outro ou, no caso do autoperdão, pelo próprio (e.g. tarefa de cadeira vazia); A) *Altruistic gift*, o processo de perdoar advém de um comportamento altruísta; C) *Commit*, implica que o indivíduo se comprometa no processo (e.g. escrever uma carta) e H) *Hold onto forgiveness*, recordar o perdão para que o mesmo não seja esquecido (Worthington, 2009).

O presente estudo pretende perceber como evolui a aliança terapêutica entre cliente e terapeuta ao longo de um processo terapêutico orientado para trabalhar aspetos ligados ao autoperdão, que integra a TFE e o modelo REACH. Compreende-se que o processo terapêutico, nomeadamente o suporte da aliança terapêutica, auxilia o indivíduo na mudança, visto que para além de contribuir para uma visão completa da perspetiva do cliente quanto ao problema, influencia o compromisso do cliente na intervenção e promove a sua autorregulação.

Para tal, o estudo encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo explora os conceitos chaves da presente dissertação, nomeadamente a aliança terapêutica, a Terapia Focada nas Emoções e o constructo do autoperdão, bem como as suas evidências empíricas. No seguinte capítulo, observa-se o estudo empírico que integra a questão de investigação e o objetivo do estudo, a descrição dos participantes e dos terapeutas, as medidas, os procedimentos, os resultados e a discussão. Por último, no terceiro capítulo, encontra-se uma

reflexão sobre o estudo desenvolvido que enfatiza os resultados obtidos, abrindo caminho para novas investigações.

Aliança Terapêutica e Psicoterapias: Evidências Empíricas

Ao longo da história da psicoterapia, a aliança terapêutica tem vindo a ser um alvo recorrente na literatura devido ao seu reconhecido impacto no contexto psicoterapêutico e no seu contributo para o processo de mudança do cliente. Sigmund Freud (1913) descreve a relação de transferência entre cliente e terapeuta como sendo benéfica para o processo terapêutico, salientando que quando não existe envolvimento e compromisso o trabalho terapêutico não produz o impacto esperado. Através desta premissa, Bordin (1979) conceptualiza a aliança terapêutica como sendo uma ligação e interação entre os elementos da díade, isto é, uma colaboração que visa o acordo na negociação dos objetivos e das tarefas a desenvolver para os alcançar. Mais tarde, Gelso (1985, 2014) reforça este conceito desenvolvendo o modelo triádico onde explica que a relação terapêutica se traduz numa relação verdadeira entre cliente e terapeuta capaz de formar uma aliança que possibilite a existência de transferência, por parte do cliente, e de contratransferência, por parte do terapeuta.

De facto, a relação psicoterapêutica tem vindo a destacar-se na investigação científica. Segundo Norcross e Lambert (2018), a influência da relação terapêutica é a variável central para a compreensão do processo e resultado terapêutico, sendo, ainda, transversal a todos os modelos terapêuticos. Na literatura, vários estudos recentes têm vindo a verificar que a aliança terapêutica contribui para a redução dos sintomas de distress do cliente, promovendo o seu bem-estar psicológico (Coyne et al., 2018; Jennissen et al., 2020; Zilcha-Mano, et al., 2017; Zimmermann et al., 2020). Compreende-se que o vínculo estabelecido entre cliente e terapeuta resulta num benefício para a aliança terapêutica e, conseqüentemente, para o processo terapêutico em si (Constantino et al, 2020; Flückiger et al., 2018; Norcross & Lambert, 2018).

Neste sentido, a aliança terapêutica emerge de uma relação de interação e colaboração entre os elementos da díade que é construída através de um padrão de concordância (Zilcha-Mano et al., 2017) e congruência (Jenniseen et al., 2020). Portanto, compreende-se que a base de convergência de objetivos entre cliente e terapeuta é um fator determinante no estabelecimento da aliança terapêutica, assim como na gestão de expectativas do cliente. Em particular, acedendo às expectativas do cliente durante a fase de estabelecimento da aliança, o terapeuta passa a ser capaz de desenvolver intervenções com a intenção de responder aos problemas e necessidades específicas do mesmo (Constantino et al., 2020; Coyne et al., 2019; Norcross & Lambert, 2018), desde o início da relação terapêutica (Harrington et al., 2021; Murphy, Elliott, & Carrick, 2019).

É neste sentido que a responsividade terapêutica (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998; Stiles & Horvath, 2017) – como a capacidade de atender à experiência do cliente – se destaca no contexto da psicoterapia, nomeadamente na aliança terapêutica, uma vez que os conceitos interrelacionam dimensões como o vínculo terapêutico, a confiança, a capacidade empática e o trabalho colaborativo na definição de objetivos e tarefas. Segundo Coyne et al. (2019), a capacidade de estabelecer uma relação diádica e uma perspetiva positiva sobre o processo terapêutico relaciona-se com as dimensões mencionadas, que através da postura e comportamentos dos elementos da díade se tornam relevantes para a relação e intervenção terapêutica. Quando as fundações desta relação se estabelecem, o cliente tende a partilhar a sua experiência com o terapeuta com maior abertura o que contribui significativamente para a intervenção terapêutica tornando, desta forma, a aliança terapêutica torna-se num bom preditor de resultados terapêuticos (Jenissen et al., 2020). Assim, ao longo do processo terapêutico, através da colaboração e negociação entre os elementos da díade, estabelecem-se as condições necessárias para a mudança.

Aliança Terapêutica e Terapia Focada nas Emoções

A Terapia Focada nas Emoções compreende a emoção como sendo fundamental para a construção do *self* e uma chave determinante da auto-organização. É através do potencial adaptativo das emoções que se promove o crescimento do indivíduo e se consegue um acesso mais completo às suas experiências, o que permite alcançar a mudança duradoura psicoterapêutica (Greenberg, 2017).

O estabelecimento de uma relação empática entre cliente e terapeuta torna-se crucial nas intervenções psicoterapêuticas uma vez que se entende o processo terapêutico como o trabalho colaborativo dos elementos da díade que visa auxiliar o indivíduo e promover o seu bem-estar. Em específico, na TFE é dada primazia à exploração das emoções com o intuito de aumentar a consciência emocional do indivíduo e, conseqüentemente, de promover uma mudança duradoura. Desta forma, a modalidade psicoterapêutica proporciona um momento de regulação e reflexão sobre a sua experiência interior e encoraja a transformação das emoções (Elliott et al., 2004). Segundo Greenberg e Meneses (2019), a Terapia Focada nas Emoções promove o trabalho com o sistema emocional do indivíduo e, de forma indireta, com o processo do autoperdão. Segundo a Terapia Centrada no Cliente (TCC) de Carl Rogers (1957) o processo de mudança psicológica ocorre quando, no contacto entre os dois seres humanos, cliente e terapeuta, são demonstradas por parte do terapeuta uma aceitação positiva incondicional e compreensão empática e, por parte do cliente, que esta comunicação clara e sem julgamento seja percebida. A característica humanista da TCC de enfatizar a experiência do ser humano, salientando a aceitação, é também uma característica da TFE uma vez que esta última pretende guiar o indivíduo para um acesso mais completo das suas experiências através das emoções (Greenberg, 2012).

Do lado do terapeuta, o momento de encontro entre os elementos da díade deve ser caracterizado pela flexibilidade terapêutica, compreensão e validação emocional, tendo um impacto direto no processo terapêutico, e contribuindo para a mudança (Duarte, Martinez & Tominic, 2021). Do lado do cliente, características como a percepção de validação terapêutica, o suporte, a facilitação da exploração da relação cliente-terapeuta e a oferta de novas perspectivas por parte do terapeuta foram identificadas como determinantes no contexto de terapia (Chui et al., 2020). Segundo Timulak e Keogh (2017), o cliente valoriza a relação construída com o terapeuta para além das suas competências técnicas, destacando as qualidades pessoais como sendo determinantes para a formação da aliança terapêutica. Desta forma, a predisposição e abertura do terapeuta à visão do cliente fomenta a colaboração entre os elementos da díade. No estudo de Murphy, Elliott e Carrick (2019) destaca-se a importância da relação e aliança terapêutica no que diz respeito aos eventos traumáticos, nomeadamente a capacidade de o terapeuta facilitar o desenvolvimento da consciência do cliente para as experiências traumáticas vivenciadas, bem como o apoio demonstrado através da devolução empática genuína. Nødtvedt e colaboradores (2019) explicam que “a relação terapêutica serve de contexto para a mudança” (pp.8), salientando que o estabelecimento de uma relação genuína produz impacto positivo na dor emocional do indivíduo assim como lhe providencia um maior autoconhecimento.

Segundo Greenberg (2010), a Terapia Focada nas Emoções procura capacitar a pessoa para o uso produtivo das suas emoções tendo como objetivo usar as emoções como fonte de informação para guiar ações adaptativas e para a autorregulação. Desta forma, tendo como base os princípios humanistas da empatia, presença e autenticidade terapêutica, a TFE pretende facilitar o desenvolvimento humano do indivíduo conjugando a relação terapêutica e o trabalho terapêutico com o intuito de reorganizar as respostas emocionais desadaptativas do cliente e, conseqüentemente, de promover a resolução do dano emocional (Elliott et al, 2004). Por

consequente, para que os processos de mudança emocional se desenvolvam, em contexto terapêutico, torna-se necessário permitir o acesso à experiência emocional (e.g. tristeza, autocrítica; Meneses & Greenberg, 2019), bem como a aceitação e responsabilização sobre a mesma (Greenberg et al., 2008; Woodyatt et al., 2017).

Segundo a Terapia Focada nas Emoções, nos esquemas emocionais do ser humano podem ser ativadas: (a) emoções primárias adaptativas – quando a reação a uma dada situação permite que o indivíduo tenha uma ação não aprendida, mas adaptada ao momento –, (b) emoções primárias desadaptativas – quando a reação a uma dada situação tem por base uma aprendizagem prévia relacionada com uma experiência negativa dando origem a uma ação desadaptada –, (c) emoções secundárias – a resposta à emoção primária, adaptativa ou desadaptativa – e, (d) as emoções instrumentais – tratam-se de expressões emocionais que pretendem obter um efeito externo (Greenberg, 2010). Neste sentido, com o intuito de trabalhar os esquemas emocionais desadaptativos do indivíduo, a TFE procura convidar o indivíduo para as próprias experiências e para o autoconhecimento recorrendo a marcadores e tarefas terapêuticas que pretendem ajudar o indivíduo a processar as suas emoções desadaptativas, bem como a encontrar formas de lidar com as mesmas fazendo com que o dano emocional se resolva. Para que este processo ocorra, Pos e Greenberg (2006) referem que o terapeuta deve promover a exploração empática num ambiente interpessoal seguro e confortável, o que por sua vez permite ao cliente colocar os seus sentimentos em palavras usando os mesmos como fonte de informação para, posteriormente, identificar e explorar as suas necessidades e, essencialmente, as suas emoções. Elliot e colaboradores (2014) destacam o papel do trabalho de cadeira vazia que pretende auxiliar a resolução da problemática através da autoafirmação, recorrendo à expressão das necessidades do indivíduo, pela capacidade de aceitar o assunto considerado inacabado, permitindo que o indivíduo avance e se desprenda do assunto inacabado.

Neste contexto, compreende-se que o estabelecimento da aliança terapêutica é o fio transmissor para o trabalho de exploração e consciencialização. Greenberg, Elliott e Pos (2007) explicam que na TFE a mudança ocorre quando o indivíduo é capaz de (1) tornar consciente, (2) expressar, (3) regular, (4) refletir e (5) transformar as suas emoções. Ou seja, quando o indivíduo se torna consciente do dano emocional passa a ser capaz de se reorganizar e transformar as suas respostas emocionais. Para tal, a relação terapêutica assume o papel de locutor principal para o processo de mudança caracterizada pela capacidade de atender às emoções e à sua expressão, momento a momento, onde o desenvolvimento do indivíduo é fomentado a partir da reflexão e transformação dos esquemas emocionais.

Na questão do perdão e do autoperdão, reforça-se a importância da compaixão e do cariz empático desenvolvido no contexto terapêutico, de forma a promover a resolução do dano emocional (Greenberg, 2015).

Aliança Terapêutica e Autoperdão

Com o intuito de compreender o processo de mudança, no contexto psicoterapêutico, a investigação tem destacado o conceito de perdão e autoperdão devido à sua contribuição geral para a resolução de um dano emocional e impacto significativo no bem-estar psicológico do indivíduo (Costa et al., 2022; Davis et al., 2015; Dixon et al., 2014; Greenberg et al., 2008; Greenberg & Meneses, 2019; Peterson et al., 2017; Wade et al., 2014; Wodl et al., 2008). Entende-se o dano emocional como a consequência psicológica advinda de um evento ou vivência traumática. Neste sentido, surge autoperdão como um processo de alívio de sentimentos, comportamentos e pensamentos negativos do *self* (e.g. culpa, autocrítica e vergonha; Gilbert & Woodyatt, 2017) que visa promover respostas emocionais e psicológicas positivas (e.g. generosidade, autocompaixão e amor próprio; Wenzel et al., 2012). A partir de uma ofensa interpessoal, o ser humano tende a experienciar níveis elevados de autocrítica e autocondenação (Peterson et al., 2017). A autocondenação, associada frequentemente à

autocrítica, entende-se pelo teor punitivo que o indivíduo incide em si próprio (Cornish et al., 2015). Segundo Bem e colaboradores (2021), os sentimentos de culpa e vergonha podem resultar em duas respostas face à ofensa cometida, sendo estas (a) rigidez psicológica, geralmente associada à autocondenação e autopunição ou (b) flexibilidade psicológica, quando o indivíduo se responsabiliza sobre a transgressão e se inicia o processo de autoperdão. A rigidez psicológica caracteriza-se frequentemente pela ruminação interna, impactando de forma significativa a saúde e o bem-estar do indivíduo (Davis et al., 2015; Woodyatt et al., 2017), enquanto a flexibilidade psicológica ajuda o indivíduo a navegar pelas vicissitudes da vida através da reafirmação de valores (Wenzel et al., 2012). O autoperdão surge como uma ferramenta determinante para o indivíduo, uma vez que visa dissipar as emoções adversas que impulsionam a autocrítica de forma a não perpetuar o dano e a promover a aceitação e responsabilização da transgressão. Através da intervenção breve desenvolvida por Costa e colaboradores (2022), que integra a Terapia Focada nas Emoções e o Modelo REACH, torna-se possível observar o impacto no bem-estar psicológico e a evolução do processo de autoperdão dos ofensores.

Segundo Cornish e Wade (2015), a intervenção psicoterapêutica produz um impacto significativo na autocondenação e no distress psicológico do indivíduo, contribuindo para o uma resposta de autocompaixão e para o processo de autoperdão. Os autores defendem que o autoperdão é um processo com acesso direto para as respostas emocionais relacionadas à ofensa que influencia o bem-estar geral do indivíduo. Portanto, enquadrar o autoperdão na flexibilidade psicológica do indivíduo facilita no processo de autoimagem e alivia o sofrimento associado à transgressão (Bem et al., 2021).

Capítulo II. Estudo Empírico

2.1. Questão de Investigação e Objetivo do Estudo

A presente investigação tem como objetivo central explorar a evolução da aliança terapêutica ao longo de processos terapêuticos orientados para trabalhar aspetos ligados ao autoperdão, em jovens adultos (estudantes universitários) que se reconhecem como “ofensores”, ou seja, como responsáveis por um dano emocional (não severo) a um outro significativo. Em específico, pretende-se compreender se existe uma relação entre a aliança terapêutica e o processo de autoperdão através de resultados clínicos de uma intervenção breve que combina a Terapia Focada nas Emoções e o modelo REACH. Para isso, será descrita a evolução das variáveis clínicas e da aliança terapêutica ao longo de diferentes momentos de avaliação durante os processos de intervenção, em particular no contraste entre sucesso e insucesso terapêutico.

2.2. Método

2.2.1. Participantes

Participantes. A amostra incorpora 11 participantes, do sexo feminino, com nacionalidade portuguesa, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os participantes do presente estudo, definidos através de uma avaliação inicial através de uma medida de diagnóstico, são estudantes de uma licenciatura em Ciências Sociais, numa instituição universitária localizada no norte de Portugal, com uma média de idades de 24.18 anos ($DP = 7.10$).

No que diz respeito à caracterização do caso de sucesso, P11 apresentou queixas relativas a uma situação não resolvida não severa com o seu ex-namorado. A participante, de 22 anos, apresenta dificuldades em gerir a ansiedade e a autocrítica, levando a lembrar-se dessa situação considerada não resolvida. Acabou por pedir apoio no que respeita à resolução da mesma, bem como à gestão da sua autocrítica nos contextos com os quais tem contacto (e.g. contexto familiar e contexto académico). O caso de insucesso, P1, de 25 anos de idade, apresentou elevada e severa autocrítica, autculpabilização, afeto negativo, índices baixos relativos ao bem-estar psicológico. A sintomatologia, advinda da problemática apresentada – ofensa não severa cometida com familiares, relacionada com a saída de casa na fase da adolescência – fez com que a participante procurasse ajuda no sentido de resolver a problemática interna.

Terapeutas e Investigadoras. As intervenções breves, focadas no autoperdão, em formato individual e presencial, foram desenvolvidas por uma terapeuta com 36 anos de idade, Psicóloga e investigadora, com formação em Terapia Focada nas Emoções e com sete anos de experiência clínica. Importa referir que a investigação e os processos clínicos foram supervisionados por outra investigadora, orientadora científica deste estudo, com 41 anos de idade, Psicóloga Clínica e da Saúde e com especialidade em Psicoterapia, na modalidade de Terapia Focada nas Emoções, contando com cerca de 17 anos de experiência profissional. Duas outras Psicólogas e investigadoras, *co-workers*, com 32 e 35 anos de idade, foram responsáveis pela avaliação inicial e final das participantes (incluindo sessões de follow up, ocorridas uma semana, um mês e três meses após o término da intervenção).

2.2.2. Intervenção Clínica

Orientada através de um protocolo que integra os princípios da Terapia Focada nas Emoções (Meneses & Greenberg, 2019) e as diretrizes do modelo REACH Forgiveness para o

perdão interpessoal (Worthington, 2009), a intervenção clínica delineada prioriza o acesso, ativação e expressão das emoções e a sua compreensão, de forma a promover o processo de autoperdão no indivíduo. Importa realçar que os autores Costa et al. (2022) conduziram a intervenção clínica com base nos modelos anteriormente referidos, e adotando o modelo REACH Forgiveness sob a perspetiva do ofensor.

Segundo Greenberg e colaboradores (2008), existem benefícios na resolução do dano emocional através do perdão. Neste sentido, a intervenção incorporou o *arousal* e a exploração empática das emoções com foco na resolução do dano emocional com o intuito de diminuir a sintomatologia associada (e.g., autocrítica) e, naturalmente, atingir o autoperdão. O protocolo clínico desenvolvido por Costa e colaboradores (2022) estabeleceu uma intervenção composta por cinco fases (ver Tabela 1), priorizando a resolução do dano emocional: (I) Estabelecimento da aliança terapêutica e dos objetivos da intervenção de acordo com a TFE; (II) Trabalho de exploração e evocação empática (e.g., tarefa de cadeira vazia) juntamente com o primeiro e segundo passo do modelo REACH (e.g. *recall the hurt* e *empathize*); (III) Trabalhar os processos de autointerrupção que advém do sentimento de culpa, da autocrítica e da tristeza (e.g., diálogo de duas cadeiras) e com o *altruistic gift* e o *commitment to self-forgive*; (IV) Trabalhar com as emoções e consolidar o trabalho terapêutico do autoperdão através da validação empática; (V) Consolidar a mudança com o *hold on to self-forgiveness*. Para tal, a intervenção clínica deu lugar a seis sessões e, adicionalmente, a três sessões de *follow-up* (uma semana, um mês e três meses após o término da intervenção) que pretendem observar a evolução do cliente na resolução de uma ofensa interpessoal não severa para o processo de autoperdão.

Tabela 1*Fases da Intervenção Clínica*

Fase I	Estabelecimento da aliança terapêutica e negociação dos objetivos da intervenção clínica (TFE), com foco na experiência relativa ao dano emocional.
Fase II	Exploração empática, trabalho de evocação e de ativação do dano emocional (TFE; e.g. tarefa da cadeira vazia); Relembrar a mágoa (REACH).
Fase III	Tarefa de confissão imaginária (REACH); Trabalhar a autocrítica e os processos de autointerrupção (TFE); Introdução à componente altruísta e do compromisso com o perdão (REACH).
Fase IV	Facilitar o processo de autoperdão através do trabalho com as emoções e validação empática (TFE).
Fase V	Consolidar a mudança (REACH); Potenciar a autonomia do cliente e abordar questões relacionadas com a finalização da intervenção clínica.

2.2.3. Medidas**Medida de Diagnóstico***Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders: Clinician Version (SCID-V-CV)*

A SCID-V-CV trata-se de um guia para uma entrevista clínica semiestruturada dos principais diagnósticos do DSM-V. A SCID-V-CV é habitualmente destinada à população adulta; no entanto, esta também pode ser aplicada a jovens adolescentes. Está dividida em 10

módulos: (A) episódios de humor, (B) sintomas psicóticos e associados, (C) diagnóstico diferencial de perturbações psicóticas, (D) diagnóstico diferencial de perturbações de humor, (E) perturbações por uso de substâncias, (F) perturbações de ansiedade, (G) perturbações obsessivo-compulsivas e perturbação de stress pós-traumático, (H) perturbação de défice de atenção e hiperatividade, (I) rastreamento de outras perturbações atuais e (J) perturbação de adaptação.

Medidas de Processo

The Working Alliance Inventory – Client (WAI-C)

Traduzida para a população portuguesa por Machado e Horvath (1999), o WAI-C é uma medida de autorrelato, constituída por 12 itens, que visa avaliar a qualidade da aliança terapêutica, do ponto de vista do cliente, através de três aspetos: (1) tarefas, (2) vínculo e (3) objetivos. A resposta é dada numa escala de Likert entre 1 e 5 (1= raramente, 5= sempre). No presente estudo, $\alpha = .91$.

The Working Alliance Inventory – Therapist (WAI-T)

O WAI-T, questionário de autopreenchimento, pretende avaliar a aliança terapêutica do ponto de vista do terapeuta. Também adaptada para a população portuguesa por Machado e Horvath (1999), os itens de resposta encontram-se numa escala de Likert que varia de 1 a 5 (1= raramente, 5= sempre). No presente estudo, $\alpha = .93$.

Medidas de Resultado

State Self-Forgiveness Scale (SSFS)

A SSFS é uma medida de autorrelato que avalia o autoperdão. Adaptada à população portuguesa por Costa et al. (2021), a escala contém 17 itens com opções de resposta, numa escala de Likert, que variam de 1 a 6 (1= discordo totalmente, 6= concordo totalmente). Wohl e colaboradores (2008) reportaram um alfa para as subescalas: SFFA, $\alpha = .74$ E SFB $\alpha = .89$. A versão validada por Costa et al. (2021), apresentou SFFA, $\alpha = .77$ e SFB $\alpha = .84$, tendo o score total sido de $\alpha = .85$ e $\omega = .88$. No presente estudo, $\alpha = .85$.

Forms of Self-Criticism and Reassuring Scale (FSCRS)

A FSCRS é uma medida de autorrelato que visa avaliar a forma como os indivíduos se autocriticam e autotranquilizam em situações de fracasso, com versão portuguesa de Castilho e Gouveia (2011). A escala é constituída por 22 itens, organizados em três dimensões: *eu inadequado* – avalia os sentimentos de inadequação do indivíduo perante o fracasso, *eu tranquilizador* – avalia o comportamento positivo e a compaixão do indivíduo face a um erro e *eu detestado* – avalia o sentimento de ódio do indivíduo sobre o mesmo. As respostas encontram-se numa escala de Likert entre 0 e 4 (0= não sou assim, 4= sou extremamente assim). Castilho e Gouveia (2011) reportaram $\alpha = .89$ (eu inadequado), $\alpha = .87$ (eu tranquilizador) e $\alpha = .62$ (eu detestado). O presente estudo considerou apenas a subescala da autocrítica, onde é integrado o *eu inadequado* e o *eu detestado*, $\alpha = .89$.

Letting Go Measure

Desenvolvida por Greenbert et al. (2008), este instrumento avalia a existência de sentimentos negativos do indivíduo considerado o ofensor da ofensa. As respostas encontram-se numa escala de Likert que varia entre 1 a 5 (1= discordo completamente, 5= concordo completamente). Greenberg et al. (2008) obteve um alfa de Cronbach significativo ($\alpha = .94$). No presente estudo, $\alpha = .91$.

Psychological Well-Being Scale (PWBS)

A PWBS é uma medida de autorrelato que avalia o bem-estar psicológico, traduzido para a população portuguesa por Novo et al. (1997). A escala contém 18 itens de resposta numa escala de Likert entre 1 e 6 (1= discordo completamente, 6= concordo completamente). Os itens encontram-se distribuídos em seis dimensões, sendo estas: autoaceitação, crescimento pessoal, propósito de vida, relações positivas, autonomia e domínio do ambiente. @O presente estudo reportou um $\alpha = .93$.

The Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure 10 (CORE-10)

O CORE-10 é um instrumento de autorrelato que mede a sintomatologia geral do indivíduo, permitindo uma visão breve do seu estado mental (e.g. “Tenho-me sentido triste”; “Tenho-me sentido tenso, ansioso ou nervoso”). A resposta aos 10 itens é feita a partir de uma escala de Likert que varia de 1 a 4 (1= nunca e 4= sempre). @ Barkham et al. (2013) obtiveram um alfa de Cronbach significativo ($\alpha = .93$), bem como Sales et al. (2012) $\alpha = .95$. No presente estudo, $\alpha = .93$.

2.2.4. Procedimentos

Recolha da Amostra. Uma vez que a amostra do estudo foi recolhida numa instituição de ensino superior, o presente estudo obteve um parecer positivo da Universidade para a sua execução, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da Universidade. A divulgação ocorreu no campus e todos os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, que a sua participação era voluntária e que podiam desistir a qualquer momento sem haver qualquer tipo de consequência. É, ainda, importante realçar que a investigação cumpriu com todas as formalidades relacionadas com a confidencialidade dos dados e sua proteção, e que seguiu os pressupostos éticos e deontológicos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), da declaração de Helsínquia e do Regulamento de Proteção de Dados Europeu, ratificado na legislação portuguesa (Regulamento (UE) n.º 679/2016, de 27/04; Retificação n.º 00/2016, de 04/05)

Critérios de seleção. Com o intuito de produzir a informação específica em estudo foram definidos critérios de inclusão e critérios de exclusão. Definiram-se os seguintes critérios de inclusão do estudo: (i) participantes adultos, com idade superior a 18 anos, (ii) que cometeram uma ofensa não severa, (iii) tendo este episódio ocorrido há, pelo menos, um ano e (iv) que experienciaram sentimentos de autocondenação (e.g. autocritica, culpabilização). Como critérios de exclusão, consideraram-se: (i) a exclusão de situações de ofensa severas (e.g. violência doméstica, abuso sexual e incesto); (ii) questões clínicas plausíveis de condicionar o estudo, tais como com tentativas de suicídio, perda de um ente querido no último ano, consumo de substâncias ilegais e perturbações de personalidade. Neste sentido, aquando da realização da avaliação inicial para a participação do estudo, através de uma entrevista semiestruturada e da aplicação da SCID-5-CV, e do esclarecimento do mesmo, da amostra inicial de 55 clientes que se mostraram disponíveis para participar no estudo 11 mostraram-se elegíveis.

Análise de Dados. A análise estatística, e tratamento quantitativo dos dados, realizou-se através do programa *Excel* e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) com o intuito de obter os dados sociodemográficos da amostra, de construir figuras ilustrativas e de avaliar a aliança terapêutica ao longo da intervenção breve no autoperdão, bem como o bem-estar do indivíduo no início da intervenção e no final de forma a compreender se existem correlações que corroborem com o objetivo em estudo. Para tal, utilizou-se o teste não paramétrico *Spearman-Rho* (r_s), bem como o teste não paramétrico de *Friedman*.

2.2.5. Resultados

Nesta secção serão descritos e apresentados os resultados alusivos ao objetivo em estudo proposto pela presente investigação. Desta forma, primeiramente, serão expostos os resultados de forma a obter uma visão da evolução da aliança terapêutica, do autoperdão e da sintomatologia geral ao longo da intervenção breve no autoperdão. De seguida, de forma a obter um olhar profundo sobre a aliança terapêutica nesta intervenção terapêutica, serão descritos os resultados de um caso de sucesso e de insucesso.

No que diz respeito às medidas utilizadas para a realização do presente estudo, verifica-se que as mesmas apresentam uma boa consistência interna, o que por sua vez indica que o estudo apresenta, a nível estatístico, uma boa fiabilidade (Figura 2).

Tabela 2

Consistência Interna das Medidas do Presente Estudo

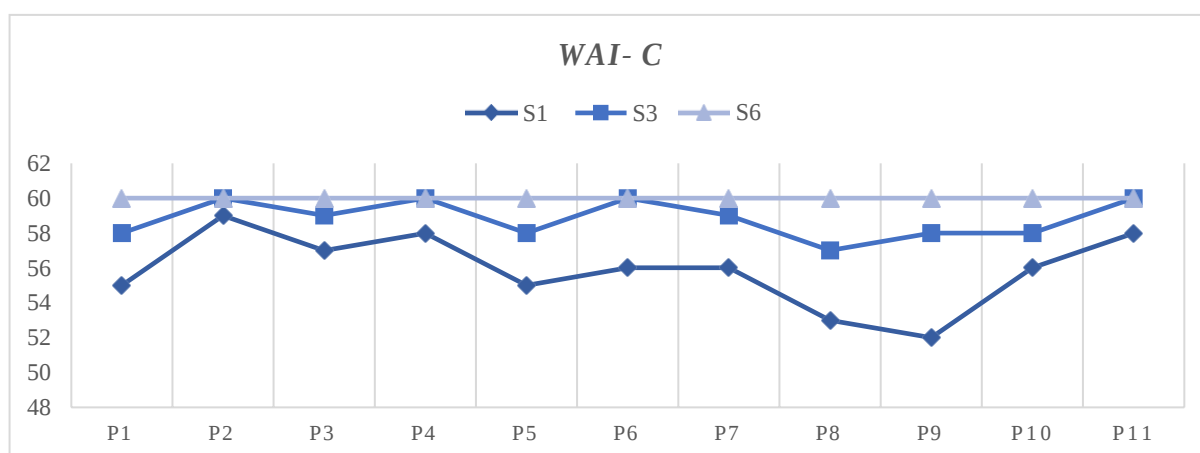
<i>The Working Alliance Inventory (WAI)</i>	<i>Client $\alpha = .91$</i>
	<i>Therapist $\alpha = .93$</i>
<i>State Self-Forgiveness Scale (SSFS)</i>	<i>$\alpha = .85$</i>
<i>Forms of Self-Criticism and Reassuring</i>	<i>Inadequate Self $\alpha = .89$</i>
<i>Scale (FSCRS)</i>	<i>Self-Reassurance $\alpha = .87$</i>
	<i>Hated Self $\alpha = .79$</i>
<i>Letting Go Measure</i>	<i>$\alpha = .91$</i>
<i>Psychological Well-Being Scale (PWBS)</i>	<i>$\alpha = .93$</i>
<i>The Clinical Outcome Routine Evaluation</i>	<i>$\alpha = .93$</i>
<i>(CORE-10)</i>	

2.2.5.1. Evolução da Aliança Terapêutica

De uma forma geral, no que diz respeito à aliança terapêutica, pode-se concluir que, em média, tanto na perspectiva do cliente como na perspectiva do terapeuta, durante a intervenção breve no autoperdão, as pontuações (medidas pela escala WAI-C) vão aumentando ao longo do processo terapêutico, de acordo com o que é observado na Figuras 1.

Figura 1

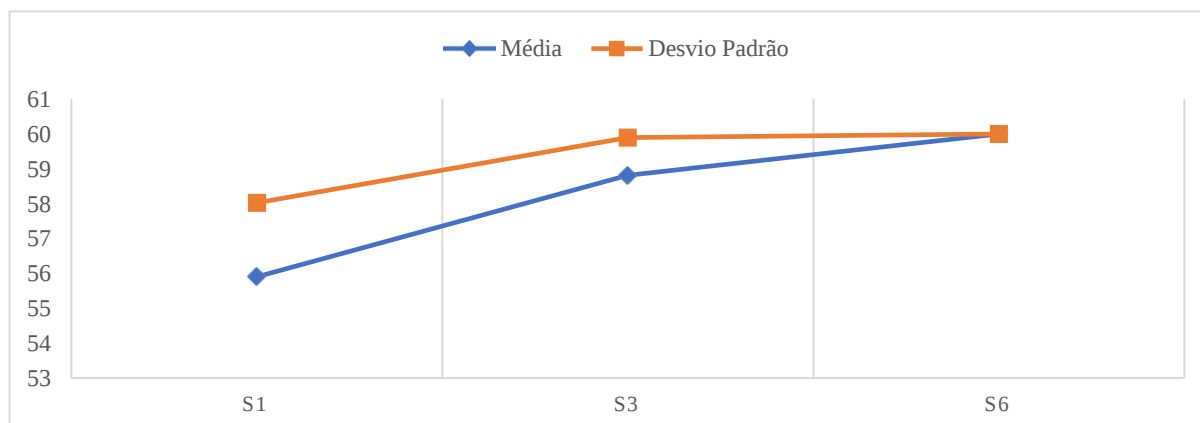
Evolução WAI-C (The Working Alliance Inventory - Client) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão



Na Figura 2, a percepção da aliança terapêutica dos clientes, também pode ser observada, através dos dados estatísticos Sessão 1 ($M = 55.90$, $DP = 2.11$), da Sessão 3 ($M = 58.81$, $DP = 1.07$) e da Sessão 6 ($M = 60$, $DP = 0$).

Figura 2

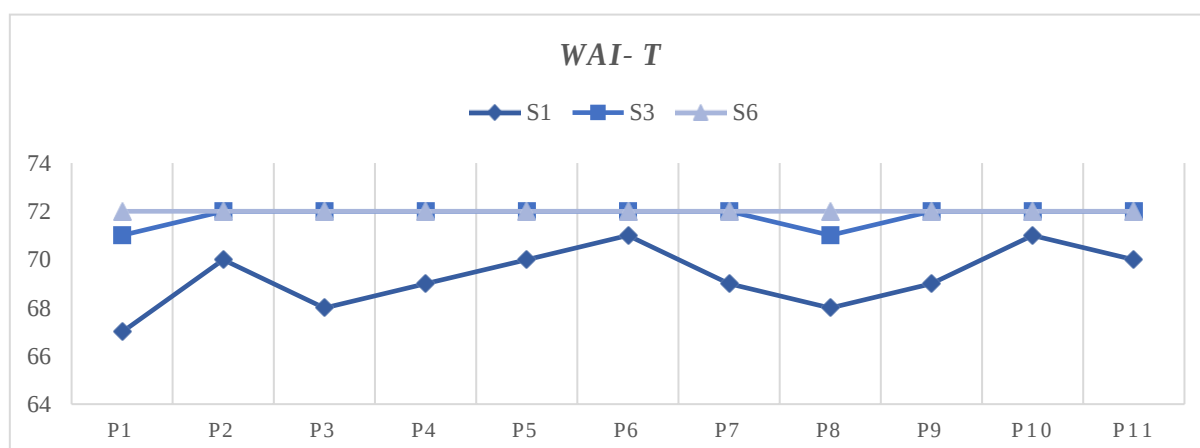
Dados estatísticos (média e desvio padrão) WAI-C (The Working Alliance Inventory – Client) ao longo da intervenção breve no autoperdão.



Também, a partir da Figura 3, é possível observar que em média a percepção do terapeuta relativamente à aliança terapêutica da presente intervenção no autoperdão aumenta, estabilizando na sessão 3 até à sessão 6 para a maioria dos casos (e.g. P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P10, P11), assim como é demonstrado pelos dados estatísticos da Sessão 1 ($M = 69.27$, $DP = 1.27$), da Sessão 3 ($M = 71.81$, $DP = 0.40$) e da Sessão 6 ($M = 72$, $DP = 0$).

Figura 3

Evolução WAI-T (The Working Alliance Inventory – Therapist) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão



2.2.5.2. Evolução do Autoperdão

No que concerne à evolução do autoperdão, através da análise das Figuras 5 e 6, compreende-se que existe um aumento no processo de autoperdão, nomeadamente na Sessão 3 ($M = 84$, $DP = 16$) e na Sessão 6 ($M = 91.27$, $DP = 17.06$), para a maioria da amostra. De uma forma geral, a Sessão 1 é caracterizada por níveis de autoperdão reduzidos ($M = 64.3$, $DP = 10.9$), bem como por níveis elevados de autocritica ($M = 47.45$, $DP = 8.74$).

Figura 4

Evolução da SSFS (State Self-Forgiveness Scale) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão.

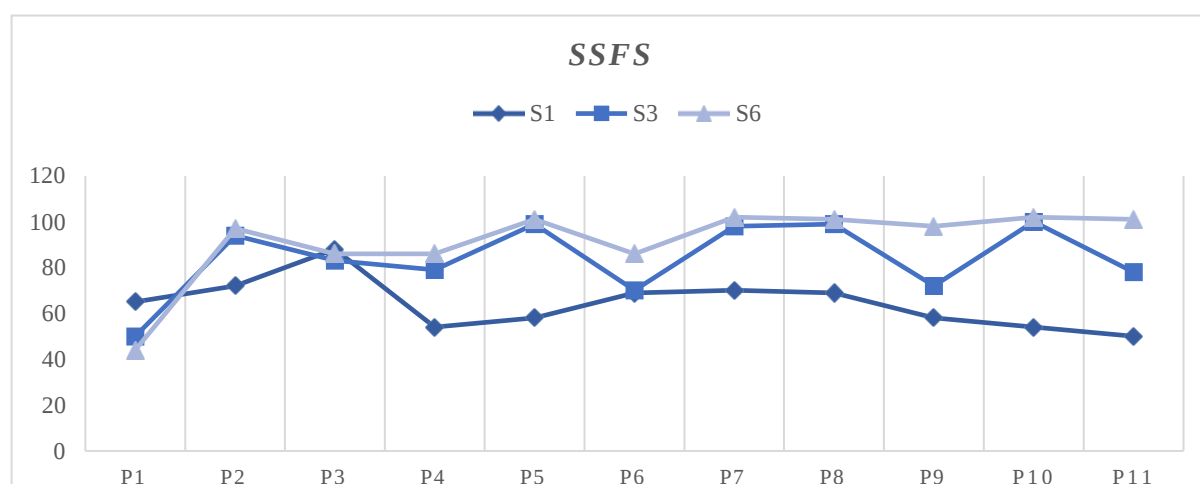
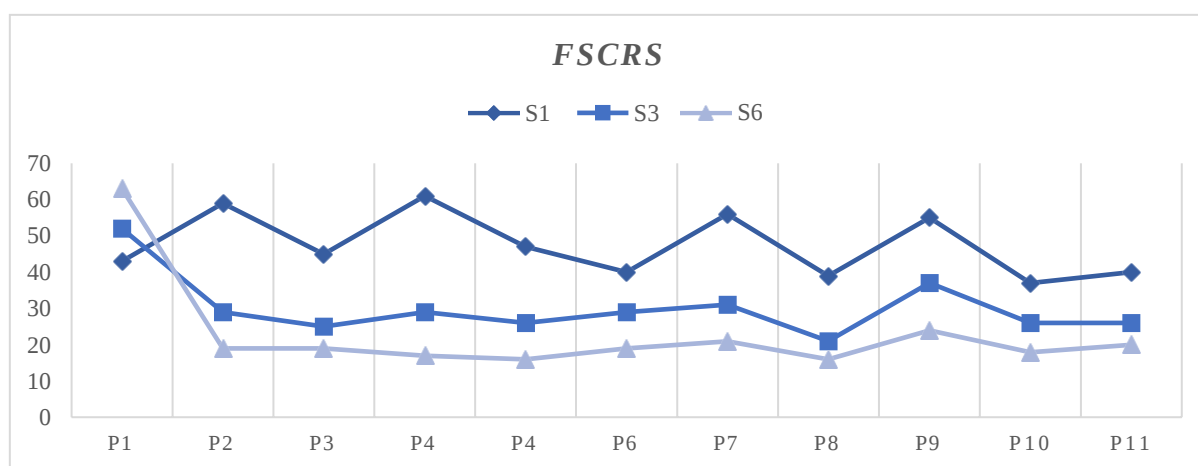


Figura 5

Evolução da FSCRS (Forms of Self-Criticism and Reassuring Scale) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão.



Ainda, através da *Letting Go Measure*, representada pela Figura 7, observa-se um aumento para a totalidade da amostra, demonstrado pelos dados estatísticos da Sessão 1 ($M = 1.54$, $DP = 0.52$), da Sessão 3 ($M = 4$, $DP = 1$) e da Sessão 6 ($M = 4.54$, $DP = 0.68$), o que também subentende uma diminuição dos sentimentos negativos dos indivíduos para com eles mesmos.

Figura 6

Evolução da Letting Go Measure dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão.

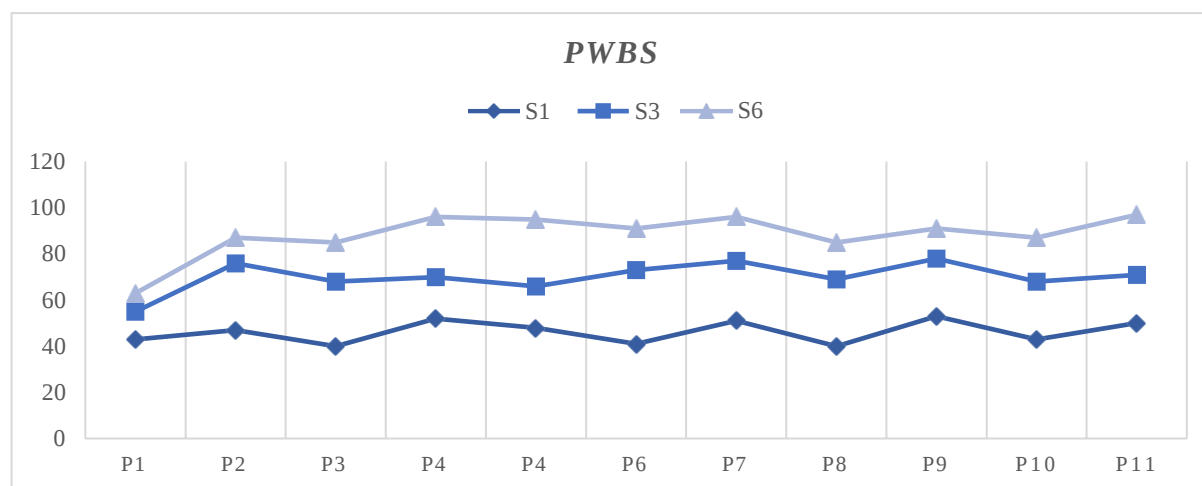


2.2.5.3. Evolução do Bem-estar Psicológico e da Sintomatologia Geral

Relativamente ao bem-estar psicológico, ao analisar a Figura 8, gráfico ilustrativo da medida PWBS, compreende-se que, com o decorrer da intervenção breve para o autoperdão, evidencia-se uma melhoria do bem-estar psicológico para a totalidade da amostra (Sessão 1: $M = 46.2$, $DP = 4.96$; Sessão 3: $M = 70$, $DP = 6$; Sessão 6: $M = 88.5$, $DP = 9.59$).

Figura 7

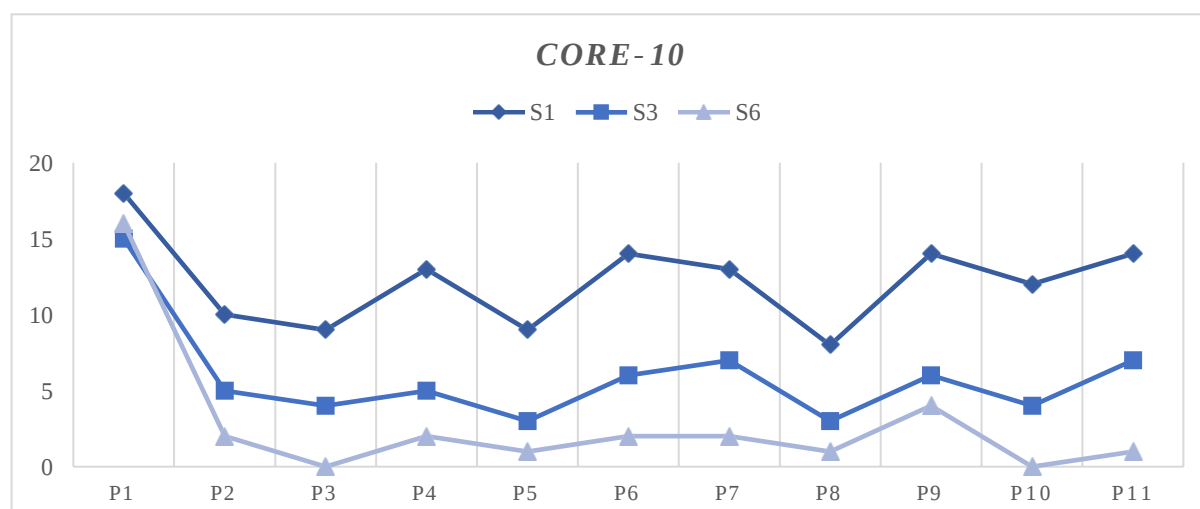
Evolução da PWBS (Psychological Well-Being Scale) dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão.



Para além disso, a partir da Figura 10, gráfico ilustrativo da medida de sintomatologia geral, CORE-10, verifica-se que na Sessão 1 ($M = 12.18$, $DP = 2.96$) a maior parte da amostra apresentava algum distress psicológico, o que se altera na Sessão 3 ($M = 6$, $DP = 3$) e na Sessão 6 ($M = 2.81$, $DP = 4.88$) onde se observa uma diminuição significativa do distress psicológico para a totalidade dos casos.

Figura 8

Evolução do CORE-10 dos participantes ao longo da intervenção breve no autoperdão



2.2.5.4. Evolução da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral – Caso de Sucesso e Insucesso

Através das Figuras 10, 11 e 12 é possível observar a evolução de P1, o caso de insucesso, e de P11, o caso de sucesso, durante a intervenção breve no autoperdão. No geral, no que diz respeito à aliança terapêutica, observa-se, em ambos os casos, tanto na perspectiva do cliente como na perspectiva do terapeuta, um aumento no decorrer da intervenção. Quanto à outra temática em estudo, os resultados das medidas do autoperdão revelam que para o caso de sucesso torna-se visível uma alteração, ao contrário do caso de insucesso onde é claro que o trabalho no autoperdão não se evidencia o mesmo. Ainda relativamente à bem-estar psicológico e à sintomatologia geral, realça-se o aumento significativo de P11 do seu bem-estar e, consequentemente, diminuição do distress psicológico. O caso de insucesso, apesar de ter uma alteração da Sessão 1 para a Sessão 3 do seu distress psicológico, posteriormente na Sessão 6 o efeito é revertido. Também é perceptível que para P11, caso de sucesso, à medida que os resultados verificam um aumento no processo de autoperdão o bem-estar psicológico aumenta assim como o distress diminui. Para P1, apesar de existir uma alteração ligeira no bem-estar psicológico durante a intervenção, alinhada à diminuição do distress da Sessão 1 para a Sessão 3, na Sessão 6 existe um aumento do distress.

Figura 9

Resultados da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral para o Caso de Sucesso e Insucesso na Sessão 1.

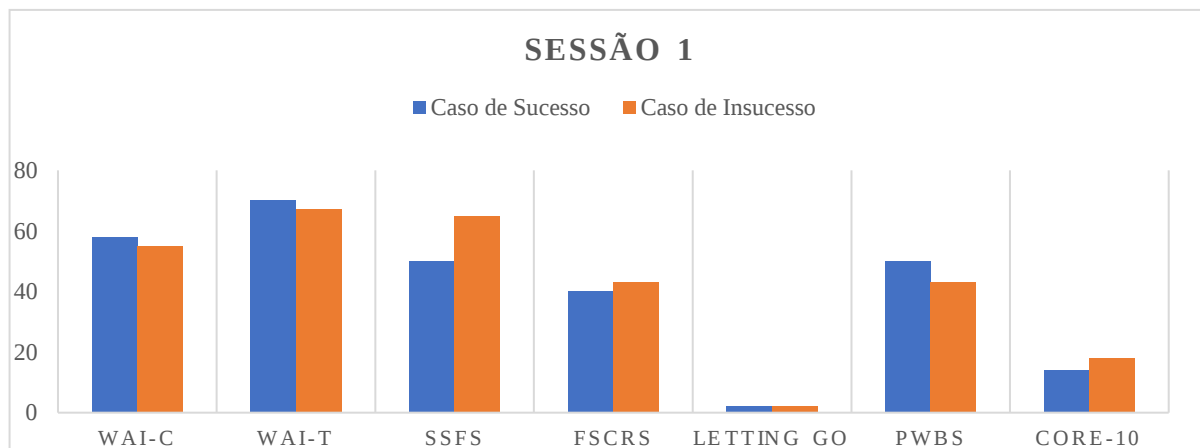


Figura 10

Resultados da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral para o Caso de Sucesso e Insucesso na Sessão 3

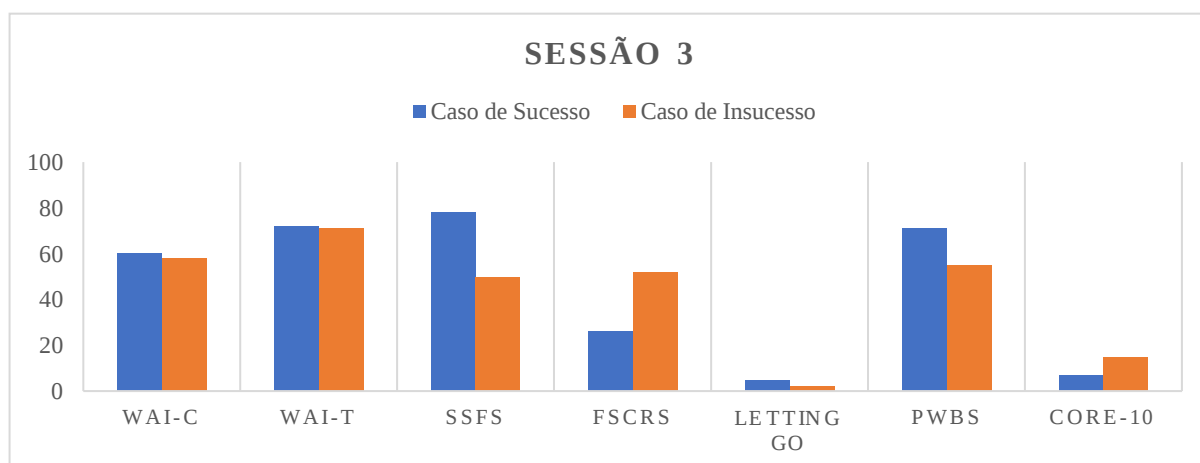
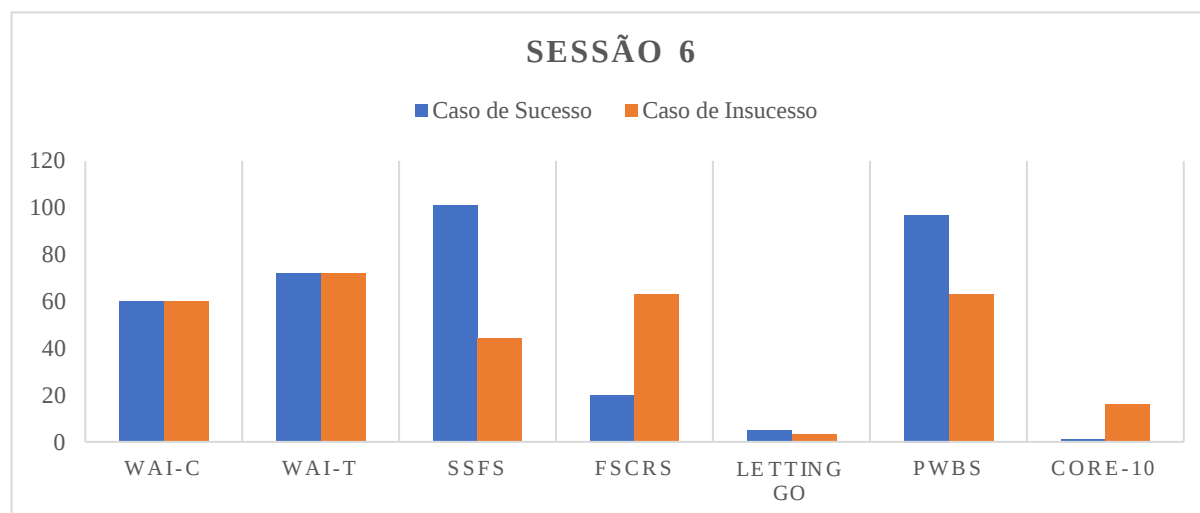


Figura 11

Resultados da Aliança Terapêutica, Autoperdão e Sintomatologia Geral para o Caso de Sucesso e Insucesso na Sessão 6



2.2.5.5. Aliança Terapêutica e Autoperdão

Tendo como objetivo compreender se existe uma relação entre a aliança terapêutica e o processo de autoperdão, através de resultados clínicos de uma intervenção breve no autoperdão, realizou-se no SPSS o teste não paramétrico de *Spearman-Rho* (Tabela 3 e 4) para o qual se obteve os seguintes resultados:

Tabela 3

Resultados Teste Não Paramétrico de Spearman-Rho – Aliança Terapêutica e Autoperdão, Sessão 1

Teste Não Paramétrico Rô de Spearman	Sessão 1 Autoperdão	Aliança Terapêutica – Cliente
	Coeficiente de Correlação	,051
	Sig. (bilateral)	,882

Tabela 4

Resultados Teste Não Paramétrico de Spearman-Rho – Aliança Terapêutica e Autoperdão, Sessão 3

Teste Não Paramétrico	Sessão 3	Aliança Terapêutica – Cliente
Rô de <i>Spearman</i>	Autoperdão	
	Coeficiente de Correlação	-,371
	Sig. (bilateral)	,261

Os resultados da Sessão 1 (Tabela 3) indicam que não existe correlação entre as variáveis Autoperdão e Aliança Terapêutica ($rs = .051$; $p=0.261$) uma vez que a correlação é quase zero, ou seja, o efeito é praticamente nulo.

Na Sessão 3 (Tabela 4), o valor da correlação é considerado um valor moderado. Isto significa que o efeito existe; porém, dado possivelmente ao tamanho da amostra, a correlação não é detetada como significativa (ref. Aqui). No que diz respeito à Sessão 6, uma vez que os dados da Aliança Terapêutica são constantes não foi possível realizar o teste de *Spearman-Rho* pois não há variação.

Dada a realização do teste de *Spearman*, e não sendo possível observar a correlação entre o Autoperdão e a Aliança Terapêutica e com o intuito de compreender se se verificou alguma alteração significativa no decorrer da intervenção breve no autoperdão, realizou-se uma análise de variância de dois fatores de *Friedman*, que apresentou os seguintes resultados:

Tabela 5*Resultados Teste Não Paramétrico de Friedman – Autoperdão.*

Teste de Friedman	Estatística do Teste	Sig.
Autoperdão	10,364	,006
Sessão 1 – Sessão 3	-,545	,201
Sessão 1 – Sessão 6	-1,364	,001
Sessão 3 – Sessão 6	-,818	,055

Tabela 6*Resultados Teste Não Paramétrico de Friedman – Aliança Terapêutica Cliente*

Teste de Friedman	Estatística do Teste	Sig.
Aliança Terapêutica – Cliente	20,600	,000
Sessão 1 – Sessão 3	-1,182	,006
Sessão 1 – Sessão 6	-1,818	,000
Sessão 3 – Sessão 6	-,636	,136

Através dos resultados do Teste de *Friedman* (Tabela 5 e 6), verificam-se diferenças estatisticamente significativas no decorrer da intervenção breve no autoperdão nas variáveis: Autoperdão ($\chi^2 F(2) = 10,36, p \leq .05$), Aliança Terapêutica – Cliente ($\chi^2 F(2) = 20.60, p \leq .001$),; Aliança Terapêutica – Terapeuta ($\chi^2 F(2) = 20.97, p \leq .001$).

No autoperdão, observa-se uma alteração significativa da Sessão 1 para a Sessão 6 ($p\text{-value} = ,001$). Na aliança terapêutica, na perspectiva do cliente, a alteração significativa verifica-

se na Sessão 1 para a Sessão 3 ($p\text{-value} = ,006$) e da Sessão 1 para a Sessão 6 ($p\text{-value} = ,000$). O mesmo se observa para a perspectiva do terapeuta, na Sessão 1 para a Sessão 3 ($p\text{-value} = ,001$) e da Sessão 1 para a Sessão 6 ($p\text{-value} = ,000$).

Tabela 7

Resultados Teste Não Paramétrico de Friedman – Aliança Terapêutica Terapeuta.

Teste de Friedman	Estatística do Teste	Sig.
Aliança Terapêutica – Terapeuta	20,971	,000
Sessão 1 – Sessão 3	-1,409	,001
Sessão 1 – Sessão 6	-1,591	,000
Sessão 3 – Sessão 6	-,182	,670

2.2.6. Discussão

A discussão que se segue permite uma análise mais detalhada dos resultados clínicos de uma intervenção breve no autoperdão, pretendendo explorar a evolução da aliança terapêutica ao longo dos processos terapêuticos e, ainda, analisar se existe uma relação entre a aliança terapêutica e o autoperdão.

Relativamente à evolução da aliança terapêutica, os resultados sugerem que, ao longo da intervenção breve no autoperdão, cliente e terapeuta construíram e desenvolveram uma relação terapêutica significativa. O estabelecimento da aliança terapêutica verifica-se em todos os casos, inclusive no caso de sucesso e insucesso. Os resultados congruentes entre cliente e terapeuta demonstram que, como é descrito por Carl Rogers (1957), a aliança terapêutica é uma construção diádica, composta, portanto, pela colaboração entre os dois elementos – cliente e terapeuta. Para além disso, a literatura destaca que a Terapia Focada nas Emoções prioriza o estabelecimento de uma relação terapêutica para que o processo terapêutico se desenvolva e se inicie a mudança (Chui et al., 2020; Nødtvedt et al., 2019). Com efeito, uma vez que a presente intervenção recorre à TFE, considera-se que o modelo psicoterapêutico poderá ter influenciado o desenvolvimento da aliança terapêutica. Visto que a TFE prioriza o desenvolvimento do vínculo com o cliente para trabalhar e transformar as emoções de forma a alcançar uma mudança duradoura.

No que diz respeito à relação entre a aliança terapêutica e o autoperdão, num primeiro momento, ou seja, na Sessão 1, através da análise dos dados, não é possível identificar uma relação entre a aliança terapêutica e o autoperdão. Contudo, compreende-se que seja natural não existir nenhum efeito entre a aliança terapêutica e o autoperdão nesta sessão uma vez que esta tem como objetivo o estabelecimento da aliança terapêutica e o início da definição dos objetivos da intervenção. Com o decorrer da intervenção breve no autoperdão, através da

análise dos dados, a Sessão 3, apesar de não ser significativa, aponta para a existência de uma correlação entre a aliança terapêutica e o autoperdão. Neste sentido, acredita-se que na atual intervenção as variáveis se influenciaram mutuamente uma vez que as características base da TFE e a realização das tarefas do REACH parecem promover a relação terapêutica entre cliente e terapeuta e o trabalho na questão do autoperdão.

Os dados da variável autoperdão evidenciam um aumento ao longo da intervenção, nomeadamente da Sessão 1 e da Sessão 6. Ainda, a partir da análise descritiva, compreende-se que a intervenção breve no autoperdão impactou de forma significativa o bem-estar psicológico dos clientes, proporcionando, consequentemente, uma diminuição do seu distress psicológico. Importa referir que, na comparação entre casos, o caso de sucesso e insucesso diferem no autoperdão. De acordo com Zimmerman e investigadores (2020), os resultados de sucesso ao nível do tratamento no processo terapêutico tendem a acontecer quando temos uma perceção da aliança terapêutica mais positiva e elevada. Contudo, os resultados demonstraram que tanto na variável aliança terapêutica como na variável autoperdão existiram alterações significativas ao longo da maioria dos processos terapêuticos o que permite inferir que, através da intervenção delineada, o terapeuta e o cliente tendem a estabelecer a aliança terapêutica e que os clientes são capazes de dar início ao processo de autoperdão, aliviando a autocrítica existente e aumentando significativamente o bem-estar psicológico.

De um modo geral, os resultados sugerem que a aliança terapêutica tende a aumentar com o desenrolar do processo terapêutico, bem como, o bem-estar psicológico. Este é um resultado congruente com os estudos da relação entre cliente e terapeuta que têm vindo a demonstrar uma redução significativa no que diz respeito ao distress psicológico do indivíduo (Coyne et al., 2018; Jennissen et al., 2020; Zilcha-Mano, et al., 2017; Zimmermann et al., 2020). No que diz respeito à aliança terapêutica e ao autoperdão, compreende-se que durante a intervenção ambos aumentam significativamente, aparentando correlacionar-se. Segundo

Nissen-Lie e colaboradores (2020), a aliança terapêutica pode refletir o comprometimento do cliente quanto à intervenção terapêutica. Os resultados indicaram também que ao longo dos processos terapêuticos, através da intervenção breve que combina a TFE e o REACH, o processo de autoperdão avança e desenvolve-se, o que tende a diminuir a autocrítica, os sentimentos negativos do self e, conseqüentemente, o distress psicológico. Tal como é indicado pelos estudos prévios, o autoperdão tem-se relacionado de forma significativa com o bem-estar psicológico (Bem et al., 2021; Costa et al., 2022; Davis et al., 2015; Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008; Peterson et al., 2017).

Capítulo III. Conclusão

O presente estudo teve como intuito compreender a evolução da aliança terapêutica ao longo de uma intervenção breve orientada para o trabalho do autoperdão através da Terapia Focada nas Emoções e do Modelo REACH, bem como perceber se existe uma relação entre a aliança terapêutica e o autoperdão.

Os resultados permitem compreender a importância da aliança terapêutica para o bem-estar psicológico do indivíduo, bem como apontam para uma evolução no processo de autoperdão dos indivíduos, através da intervenção breve que conjuga a Terapia Focada nas Emoções e o Modelo REACH. Contudo, a presente investigação deixa em aberto a possibilidade de analisar de forma aprofundada a evolução e relação da aliança terapêutica e do autoperdão com o intuito de compreender como estas se processam especificamente. Desta forma, considera-se esta questão importante na realização de futuras investigações, uma vez que poderão ser evitadas as limitações deste estudo. Um fator que poderá ter influenciado os resultados da investigação prende-se com o facto de que foram analisados três momentos da intervenção, correspondente a três sessões, e não os casos na sua totalidade. A análise da totalidade das sessões poderia ilustrar de forma aprofundada a correlação que existe entre a aliança terapêutica e o autoperdão uma vez que não foi possível interpretar a relação das variáveis na Sessão 6. O tamanho da amostra constitui outra limitação, o que faz com que os resultados descritos sejam limitados e dificulta a generalização da informação obtida. Neste sentido, é crucial continuar a desenvolver estudos que permitam o conhecimento aprofundado de ambos os construtos, aliança terapêutica e autoperdão, dada a sua importância no desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica.

Referências Bibliográficas

- Bem, J. R., Strelan, P., & Proeve, M. (2021). Roads less travelled to self-forgiveness: Can psychological flexibility overcome chronic guilt/shame to achieve genuine self-forgiveness?. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 203-211.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.08.001>
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Autocriticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da escala das formas do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS) e da escala das funções do autocriticismo e auto-ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.
<https://doi.org/10.14195/1647-8606>
- Chui, H., Palma, B., Jackson, J. L., & Hill, C. E. (2020). Therapist–client agreement on helpful and wished-for experiences in psychotherapy: Associations with outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 67(3), 349. <https://doi.org/10.1037/cou0000393>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Goodwin, B. J., Vîslă, A., Flückiger, C., Muir, H. J., & Gaines, A. N. (2020). Indirect effect of patient outcome expectation on improvement through alliance quality: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 31(6), 711-725.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1851058>
- Cornish, M. A., & Wade, N. G. (2015). Working through past wrongdoing: Examination of a self-forgiveness counseling intervention. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 521.
<https://doi.org/10.1037/cou0000080>
- Cornish, M. A., Woodyatt, L., Morris, G., Conroy, A., & Townsden, J. (2018). Self-forgiveness, self-exoneration, and self-condemnation: Individual differences associated with three

- patterns of responding to interpersonal offenses. *Personality and Individual Differences*, 129, 43-53. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.003>
- Costa, L., Worthington, Jr., E. L., Cavadas Montanha, C., Couto, A. B., & Cunha, C. (2021). Construct validity of two measures of self-forgiveness in Portugal: a study of self-forgiveness, psychological symptoms, and well-being. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.500>
- Costa, L. (2022) Self-forgiveness, Self-criticism, and Psychological Well-being: Theory, Correlational Research, Intervention and Case Studies. [Tese de doutoramento, Universidade da Maia]
- Coyne, A. E., Constantino M. J., Laws H. B., Westra H. A. & Antony M. M. (2018): Patient–therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in psychotherapy for generalized anxiety disorder, *Psychotherapy Research*, 28(6), 969-984. [10.1080/10503307.2017.1303209](https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1303209)
- Davis, D. E., Ho, M. Y., Griffin, B. J., Bell, C., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., ...Westbrook, C. J. (2015). Forgiving the self and physical and mental health correlates: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 329–335. <https://doi.org/10.1037/cou0000063>
- Dixon, L. J., Earl, K. A., Lutz-Zois, C. J., Goodnight, J. A., & Peatee, J. J. (2014). Explaining the Link between Perfectionism and Self-Forgiveness: The Mediating Roles of Unconditional Self-Acceptance and Rumination. *Individual Differences Research*, 12, 101-111.
- Duarte, J., Martinez, C., & Tominic, A. (2021). Sparks of psychotherapeutic change: How therapists understand moments of meetings’ contribution to change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1-14. [10.1080/10503307.2021.1948138](https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1948138)

- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Elliott, R. (2012) Emotion-focused therapy. *The tribes of the person-centred nation* (pp. 103-130). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Enright, R. D., & Human Development Study Group. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving, forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and Values*, 40(2), 107–126. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.1996.tb00844.x>
- Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., ... & Salgado, J. (2019). Brief assessment of depression: psychometric properties of the Portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1, 1-15. <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp.122-144). Hogarth Press.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The real relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155–244. <https://doi.org/10.1177/0011000085132001>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117-131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>

- Gilbert, P., & Woodyatt, L. (2017). An evolutionary approach to shame-based self-criticism, self-forgiveness and compassion. In L. Woodyatt, E. L. Worthington Jr., M. Wenzel, & B. J. Griffin (Eds.), *Handbook of the psychology of self-forgiveness* (Chapter 3). Springer.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus*, 8(1), 32-42.
<https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist*, 67(8), 697-707.
<https://doi.org/10.1037/a0029858>
- Greenberg, L. S. (2014). *Terapia Focada nas Emoções* (1ªed.). Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Greenberg, L., Elliot, R., & Pos, A. (2007). Special-Topic: Emotion-Focused Therapy. *European Psychotherapy*, 7, (1).
- Greenberg, L. S., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 185-196.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.185>
- Harrington, S., Pascual-Leone, A., Paivio, S., Edmondstone, C., & Baher, T. (2021). Depth of experiencing and therapeutic alliance: What predicts outcome for whom in emotion-focused therapy for trauma? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(4), 895-914. <https://doi.org/10.1111/papt.12342>

- Machado, P., & Horvath, A. (1999). Inventário de aliança terapêutica – WAI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 87-94. APPORT/SO.
- Meneses, C. W., & Greenberg, L. S. (2019). *Forgiveness and letting go in emotion-focused therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000144-000>
- Murphy, D., Elliott, R., & Carrick, L. (2019). Identifying and developing therapeutic principles for trauma-focused work in person-centred and emotion-focused therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(4), 497-507. <https://doi.org/10.1002/capr.12235>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 313-324). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Nødtvedt, Ø. O., Binder, P. E., Stige, S. H., Schanche, E., Stiegler, J. R., & Hjeltne, A. (2019). “You Feel They Have a Heart and Are Not Afraid to Show It”: Exploring How Clients Experience the Therapeutic Relationship in Emotion-Focused Therapy. *Frontiers in Psychology*, 10, 1996. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01996>
- Peterson, S. J., Tongeren, D. R. V., Womack, S. D., Hook, J. H., Davis, D. E., & Griffin, B. J. (2017). The benefits of self-forgiveness on mental health: Evidence from correlational and experimental research. *The Journal of Positive Psychology*, 12, 159-168. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1163407>

- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica da Teoria à Prática Clínica* (2ªed.). Psiquilibrios Edições.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., ... & Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26(6), 665-680. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208853>
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(4), 439.
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 71–84). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-005>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556-1567. <https://doi.org/10.1002/jclp.22532>
- Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. M., & Worthington, E. L., Jr. (2014). Efficacy of Psychotherapeutic Interventions to Promote Forgiveness: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 154-170. <https://doi.org/10.10667a0035268>
- Wenzel, M., Woodyatt, L., & Hedrick, K. (2012). No genuine self-forgiveness without accepting responsibility: Value reaffirmation as a key

- to maintaining positive self-regard. *European Journal of Social Psychology*, 42, 617–627. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1873>
- Woodyatt, L., Worthington, E. L., Jr., Wenzel, M., & Griffin, B. J. (Eds.) (2017). *Handbook of the psychology of self-forgiveness*. Springer.
- Wohl, M. J. A., DeShea, L., & Wahkinney, R. L. (2008). Looking Within: Measuring State Self-Forgiveness and Its Relationship to Psychological Well-Being. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 40, 1-10. <https://doi.org/10.1037/0008-400x.40.1.1.1>
- Worthington, E. L., Jr. (2006). Forgiveness and reconciliation: Theory and application. Brunner/Routledge.
- Zilcha-Mano, S., Snyder, J., & Silberschatz, G. (2017). The effect of congruence in patient and therapist alliance on patient's symptomatic levels. *Psychotherapy Research*, 27(3), 371-380. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1126682>
- Zimmermann, D., Wampold, B. E., Rubel, J. A., Schwartz, B., Poster, K., Schilling, V. N., ... & Lutz, W. (2021). The influence of extra-therapeutic social support on the association between therapeutic bond and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 31(6), 726-736. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847344>