



Empatia e regulação emocional: Análise intensiva de um caso clínico de insucesso em
Terapia Focada nas Emoções para a depressão

Andreia Filipa Sousa Cabral N°26346

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professor Doutor João Salgado

Outubro, 2019

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação não seria possível, sem o apoio de algumas pessoas.

Primeiramente, gostaria de agradecer à incansável Mestre Catarina Almeida, por todos os momentos em que não me permitiu desistir e me motivou para alcançar a conclusão desta etapa. Agradeço por todo o carinho, paciência, empenho, e sem sombra de dúvidas, uma das melhores profissionais que tive o prazer de ter contacto, no decorrer da minha formação.

Posteriormente, gostaria de agradecer ao meu supervisor, Professor Doutor João Salgado, pelos momentos de compreensão sobre as dificuldades sentidas neste processo e por todos os conhecimentos transmitidos ao longo do meu ciclo académico.

Aos meus melhores amigos, por me ouvirem e motivarem a terminar esta fase.

Ao meu avô José Sousa, que acompanhou todos os momentos da neta do meio, com um sorriso e um orgulho do tamanho do planeta Terra. Estejas onde estiveres, serás sempre lembrado!

Por último, gostaria de dedicar esta dissertação aos meus queridos Pais, Amélia Cabral e Manuel Cabral. É engraçado como duas personalidades completamente inversas e diferentes, produzem a beleza da vida. Obrigado por me mostrarem que existem momentos bons e maus, mas essencialmente os maus...ultrapassando-os e fazer deles uma aprendizagem, nesta passagem que chamamos de vida. Por todos os momentos que preferiram o meu bem-estar ao vosso e por me apoiarem frequentemente nas minhas ideias (por vezes desmedidas). Ao longo deste ano, agradeço pela paciência extra e principalmente por me ouvirem! Obrigado por serem os melhores pais desta vida e da próxima!

Empatia e regulação emocional: Análise intensiva de um caso clínico de insucesso em Terapia Focada nas Emoções para a depressão

Resumo

O presente estudo, de carácter exploratório e idiográfico, teve como principal objetivo explorar a evolução da empatia expressa pelo terapeuta, da regulação emocional do cliente e dos sintomas clínicos, ao longo do processo terapêutico, num caso clínico de insucesso, que fez parte de um ensaio clínico aleatorizado para o tratamento da depressão. Este estudo procurou ainda averiguar a eventual associação entre variáveis sessão a sessão. Os dados sobre a empatia e a regulação emocional foram recolhidos a partir da visualização e codificação dos 20 minutos intermédios das sessões a partir de duas medidas observacionais: *Measure of Expressed Empathy* (MEE; Watson & Prosser 1999, 2002) e *Observer Measure of Affect Regulation* (O-MAR; Watson & Prosser, 2006). Para averiguar a eventual associação longitudinal entre as variáveis recorreu-se ao software *Simulation Modeling Analysis* (SMA; Borckardt & Nash, 2014). Os resultados apontam para uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre os sintomas clínicos e a regulação emocional da mesma sessão (lag 0: $r = -.55, p = .013$). Foi também considerada para análise o resultado encontrado, marginalmente significativo, entre a empatia e a regulação emocional na mesma sessão (lag 0: $r = +.49, p = .026$) que indica uma associação positiva entre os níveis de empatia expressos pelo terapeuta e a regulação emocional da cliente.

Palavras-chave – Psicoterapia, Empatia, Regulação Emocional, Resultado Terapêutico.

Empathy and emotional regulation: An intensive case analysis of an unsuccessful clinical case in Emotion-Focused Therapy for depression

Abstract

This exploratory and idiographic study aimed to explore the evolution of the therapist's expressed empathy, client emotional regulation and clinical symptoms throughout the therapeutic process on an unsuccessful clinical case, which was part of a randomized clinical trial for the treatment of depression. This study also sought to explore the possible session-by-session association between variables. Data on empathy and emotional regulation were collected from the visualization and coding of the intermediate 20 minutes of sessions from two observational measures: *Measure of Expressed Empathy* (MEE; Watson & Prosser 1999, 2002) and *Observer Measure of Affect Regulation* (O-MAR; Watson & Prosser, 2006). To study the possible longitudinal association between variables, it was used the *Simulation Modeling Analysis software* (SMA; Borckardt & Nash, 2014). Results point to a statistically significant negative association between clinical symptoms and the emotional regulation of the same session (lag 0: $r = -.55$, $p = .013$). It was also considered for analysis the marginally significant result found between empathy and emotional regulation in the same session (delay 0: $r = + 0.49$, $p = 0.026$) which indicated a positive association between therapist's expressed empathy levels and client emotional regulation.

Keywords – Psychotherapy, Empathy, Emotional Regulation, Therapeutic Outcome

Índice

| | |
|---|---------|
| Agradecimentos | I |
| Resumo | II |
| Abstract | III |
| Introdução | 1 a 2 |
| Capítulo I: Enquadramento Teórico..... | 3 a 16 |
| 1. A psicoterapia e a importância dos fatores comuns | 3 a 5 |
| 1.1. Fatores comuns e sua importância para o processo e sucesso terapêutico | 5 a 7 |
| 2. Empatia | 7 a 10 |
| 2.1 Empatia e resultado terapêutico | 10 a 12 |
| 3. Regulação Emocional | 12 a 16 |
| 3.1. Emoções e Regulação Emocional | 12 a 13 |
| 3.2. A importância da Regulação Emocional para o processo terapêutico | 13 a 16 |
| Capítulo II – Método | 17 a 26 |
| 1. Questões de Investigação | 17 |
| 2. Objetivos | 17 a 18 |
| 3. Cliente | 18 a 19 |
| 4. Terapeuta | 19 |
| 5. Terapia Focada nas Emoções (TFE) | 20 |
| 6. Medidas | 21 a 23 |
| 6.1. Medidas de Processo | 21 a 22 |
| 6.2. Medida de Resultado | 22 a 23 |
| 7. Procedimentos | 23 a 26 |
| 7.1. Juízes | 23 |
| 7.2. Procedimentos associados ao treino e aplicação das medidas de processo..... | 23 a 25 |

| | |
|--|---------|
| 7.3. Procedimentos associados á aplicação da medida de resultado | 25 |
| 7.4 Análise estatística..... | 25 |
| Capítulo III – Resultados | 26 a 29 |
| 1. Empatia e Sintomas Clínicos ao longo do Processo Terapêutico | 26 a 27 |
| 2. Regulação Emocional e Sintomas Clínicos ao longo do Processo Terapêutico. | 27 a 28 |
| 3. Empatia e Regulação Emocional ao longo do Processo Terapêutico | 28 a 29 |
| Capítulo IV - Discussão de Resultados | 30 a 38 |
| Conclusão | 39 a 40 |
| Referências Bibliográficas | 41 a 49 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Média da empatia expressa e intensidade dos sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico | 26 |
| Figura 2 – Média da regulação emocional e intensidade dos sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico | 27 |
| Figura 3 – Média da empatia expressa e de regulação emocional ao longo do processo terapêutico | 28 |

Lista de Abreviaturas

TFE – Terapia Focada nas Emoções

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

MPCS – Mestrado Psicologia Clínica e Saúde

RE – Regulação Emocional

PDM - Perturbação Depressiva Major

T – Terapeuta

C - Cliente

MEE - *Measure of Expressed Empathy* (MEE; Watson, 1999; versão autorizada e traduzida por Almeida, Nogueira, & Salgado, 2013) – Medida observacional de avaliação da empatia expressa pelo terapeuta

O-MAR - *Observer Measure of Affect Regulation* (O-MAR; Watson & Prosser, 2006; versão autorizada e adaptada por Almeida, Silva, Nogueira, Fernandes, Jesus, & Salgado, 2016) – Medida observacional de avaliação da regulação emocional do cliente

OQ-10.2 - *Outcome Questionnaire – 10.2*

ICC - *Intraclass Coefficient Correlation*

Introdução

No decorrer do seu desenvolvimento, várias foram as mudanças em termos das concepções teóricas sobre as perturbações psicológicas e sobre os métodos de intervenção. Para além destas mudanças, os investigadores procuraram dar resposta a diversas questões, e após se provar a sua eficácia em termos das diversas abordagens, procurou-se compreender que fatores seriam responsáveis pela mudança dos clientes. Atualmente, segundo Lambert (2013), a investigação em psicoterapia determinou que 30% do sucesso da terapia está relacionado com fatores comuns. Entre estes últimos encontram-se as variáveis da relação e, entre estas, a empatia tem sido considerada uma variável da relação central para a mudança dos clientes, e assim, para o resultado terapêutico.

A empatia traduz-se num processo de compreensão, por parte do terapeuta da realidade do cliente, de aceitar a sua vulnerabilidade, de exploração sensível dos seus pensamentos, emoções, significados e das suas problemáticas (Bohart & Greenberg, 1999; Greenberg & Elliot, 1999). Não existindo dúvidas sobre a sua importância, não é ainda consensual que o seu efeito sobre o resultado seja direto. Vários estudos demonstram um efeito direto da empatia sobre o resultado terapêutico (e.g. Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018; Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011), mas outros demonstram um efeito indireto pela facilitação de outros processos/variáveis (e.g. Malin, 2016; Watson, Steckley, & McMullen, 2014). No entanto, a empatia além de fundamental para a relação terapêutica, ao promover um ambiente de segurança é fundamental para os clientes explorarem a sua experiência emocional e aprenderem a regular as suas emoções.

Watson, McMullen, Prosser e Bedard (2011) consideram a regulação emocional como a capacidade de processar, modelar e expressar a experiência emocional. Este processo é também fundamental para o processo de mudança dos clientes já que as dificuldades em regular as emoções estão, segundo vários autores, subjacentes à etiologia e/ou manutenção de diversas

perturbações psicológicas (e.g. Peluso & Freund, 2018; Joormann & Siemer, 2014; Berking, Wirtz, Svaldi, & Hofmann, 2014; Berking e Wupperman, 2012), como é o caso da Perturbação Depressiva Major (PMD). Assim, para o cliente conseguir desenvolver um processo de regulação emocional é fundamental que o terapeuta promova uma sensação de segurança para a exploração das suas experiências emocionais. Assim, para que a regulação emocional eventualmente ocorra é importante a presença de um terapeuta empático.

A maioria dos estudos sobre a importância destas variáveis no processo terapêutico são estudos transversais com amostras. O que se pretende neste trabalho é descrever a evolução destas variáveis e dos sintomas clínicos ao longo de 16 sessões de um caso clínico de insucesso, em Terapia Focada nas Emoções (TFE) para a depressão, assim como averiguar a eventual associação entre estas variáveis. A presente dissertação divide-se em duas partes: uma parte de enquadramento teórico onde se realiza uma revisão da literatura sobre as variáveis em questão, e uma parte empírica onde se apresenta o estudo realizado, os resultados e respetiva discussão seguido de uma conclusão.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

1. A psicoterapia e a importância dos fatores comuns

Segundo Wampold e Imel (2015) a psicoterapia assenta num processo interpessoal e que envolve a presença de diferentes fatores: “princípios psicológicos; um terapeuta treinado; um cliente que procura ajuda para uma perturbação mental, problema ou queixa; um terapeuta que pretende remediar a perturbação, problema ou queixa do cliente e é um processo adaptado ou individualizado para o cliente em particular e a sua perturbação, problema ou queixa.” (p. 37).

Ao longo da sua evolução, a psicoterapia sofreu diversos desenvolvimentos e transformações em termos da conceção das perturbações psicopatológicas, bem como da respetiva intervenção clínica. No decorrer destas transformações, ocorreram intensos debates entre as perspetivas teóricas e a tentativa de resposta a questões relativamente ao processo em si e à sua eficácia (Lambert, 2013). Nos anos 50, Eysenck (1952, cit. Lambert & Ogles, 2004) marcou este debate através da publicação de um estudo denominado por “*The effects of psychotherapy: an evaluation*”. Nesse estudo, apresentou como premissa, que a psicoterapia não era mais eficaz do que a remissão espontânea. Vários autores contestaram as suas interpretações e conclusões, o que originou a um aumento de estudos controlados sobre a eficácia da psicoterapia (Lambert & Ogles, 2004). Segundo os autores, após uma extensa investigação que deu provas de que várias abordagens seriam eficazes, a questão que se colocou foi qual seria a mais eficaz. Saul Rosenzweig (1936, cit. Lambert, 2013) tinha já apresentado uma analogia comparativa com uma passagem do livro “Alice no País das Maravilhas” denominada por “Veredicto do pássaro Dodô”, que surge de uma competição lançada às personagens e que apresentava como objetivo dar a volta a um lago até estarem totalmente secos. Após a sua finalização, não conseguiram medir a quantidade de tempo percorrido ou

distância de cada um. Surgiu, assim, o veredicto de que todos teriam vencido e todos deveriam ter prêmios. Esta analogia pretendia demonstrar que todas as abordagens terapêuticas produziam resultados igualmente eficazes, e que as diferenças observadas entre os resultados terapêuticos não eram significativas (Lambert, 2013).

As conclusões mencionadas foram importantes para a percepção da importância de que então teriam que existir fatores comuns às diferentes abordagens terapêuticas. Wampold (cit. Lundh, 2014), baseando-se na analogia comparativa de Rosenzweig, desenvolveu o Modelo Contextual, no qual considerava a ideia de que a eficácia da psicoterapia não era determinada por métodos específicos para o tratamento de perturbações ou problemáticas. Para que a psicoterapia demonstre a sua eficácia é essencial a presença de um contexto terapêutico interpretativo, exploratório, explicativo, sensível e de aceitação, adquirido entre cliente-terapeuta (Lundh, 2014). Tal como referido por Norcross e Lambert (2011), para a eficácia da psicoterapia é necessária a presença de determinados fatores: percepção do terapeuta de quais os elementos que influenciam o cliente no seu contexto, bem como técnicas terapêuticas utilizadas e adaptadas às necessidades ou problemáticas de cada indivíduo, criação de uma relação terapêutica, as expectativas do cliente relativamente à terapia e a disposição para o processo de mudança.

A questão da relação tornou-se importante para todas as abordagens. Atualmente, segundo (Lambert, 2013), a investigação em psicoterapia direciona a sua atenção para a análise das variáveis que no processo terapêutico surgem como responsáveis pela mudança do cliente. Assenta, assim, no complexo processo de mudança do cliente, tendo em vista uma intervenção adequada e o sucesso terapêutico através de fatores que são transversais às diferentes abordagens. Segundo o autor, a investigação determinou qual a importância de determinados fatores para processo de mudança e resultado terapêutico: 40% do sucesso da terapia está relacionado com fatores extraterapêuticos; 15% com as expectativas relativas ao tratamento;

15% com as técnicas terapêuticas específicas a cada abordagem terapêutica; e 30% com os fatores comuns. Os fatores extraterapêuticos, respetivos ao cliente e ao seu ambiente, como a autopromoção de mudança e diminuição ou remissão de sintomatologia, apresentam a maior percentagem de contribuição para a mudança (Lambert, 2013). As expectativas do cliente relativas ao tratamento promovem no indivíduo uma sensação de acompanhamento psicológico especializado, criação de um ambiente de segurança e apoio, confiança no processo e nos métodos de intervenção utilizados (Norcross & Lambert, 2011). As técnicas terapêuticas específicas respetivas a cada abordagem quando comparadas com os fatores comuns, segundo alguns autores, como Wampold (2015) ou Norcross e Lambert (2011), apresentam um contributo reduzido no resultado terapêutico. Isto é, os fatores comuns, como as variáveis da relação representam a segunda maior percentagem para o contributo para o sucesso da terapia e são reconhecidos como importantes elementos terapêuticos (Lambert, 2013).

1.1. Fatores comuns e sua importância para o processo e sucesso terapêutico

Como referido anteriormente, apesar da existência de diversas abordagens terapêuticas e dos seus métodos, todas apresentam uma eficácia similar para o resultado terapêutico. Os fatores comuns são assim reconhecidos como elementos indispensáveis e fundamentais para o processo e sucesso terapêuticos (Wampold, 2015). Dada a sua importância, vários autores focaram as suas investigações na procura de “quais os fatores comuns” que se encontravam presentes nas diferentes abordagens terapêuticas, fossem eles característicos do terapeuta, do cliente ou da relação terapêutica. O objetivo foi o de perceber qual a influência que produzem no processo de mudança e no resultado terapêutico.

Num estudo realizado por Lambert e Ogles (2004) foram aglomerados os fatores comuns que se encontram presentes nas diferentes abordagens terapêuticas em três diferentes categorias: apoio, aprendizagem e de ação. Os fatores de apoio promovem o sucesso da terapia

através da catarse, do respeito, da confiança, da colaboração entre cliente-terapeuta, da segurança, da diminuição da sensação de isolamento e da empatia. Segundo os autores, entre os fatores de aprendizagem encontram-se o *insight*, a compreensão da experiência emocional, a aprendizagem cognitiva, o *feedback*, e a reconceptualização das problemáticas. Por fim, entre os fatores de ação estão, a regulação comportamental, a compreensão do domínio cognitivo, e a estimulação para encarar medos e prática através do teste da realidade. Assim, os fatores comuns são fatores que estão subjacentes ao desenvolvimento de um ambiente de segurança, confiança, proteção e de apoio, fundamentais também para a relação entre terapeuta-cliente, permitindo uma diminuição dos níveis de sintomatologia e sentimentos de constrangimento ou apreensão sobre o terapeuta e o contexto terapêutico (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019; Lambert, 2013). Segundo Lambert (2013) e Lambert e Ogles (2004) quando o terapeuta tem em consideração os fatores comuns no contexto da intervenção pode promover no cliente diversas mudanças. Entre estas os autores dão como exemplo a forma renovada de agir sobre as situações negativas ou problemáticas que poderão surgir, encarando os seus receios, assimilando as suas problemáticas e capacitando-se para lidar momento-a-momento com as mesmas e com e a alteração de crenças e comportamentos.

Também Wampold (2015), tendo em consideração os fatores comuns, sugere uma explicação, através do Modelo Contextual, de que mecanismos englobam o processo terapêutico e de como funciona a psicoterapia. No decorrer deste modelo, foram propostos três fatores que promovem no cliente uma mudança terapêutica: relação real terapeuta-cliente, a criação de expectativas positivas, e a consolidação de comportamentos em contexto terapêutico e contexto externo (Wampold, 2015). Segundo o autor, é importante compreender que aquando da chegada dos clientes à terapia, estes apresentam expectativas e crenças sobre a psicoterapia e o terapeuta. Torna-se assim essencial a criação de uma relação terapeuta-cliente para promover mudanças ao longo do processo terapêutico através dos fatores anteriormente

referidos. Segundo Wampold e Bolt (2006) e Ahn e Wampold (2001) as variáveis da relação apresentam um contributo significativo para o processo de mudança e para resultado terapêutico. Como já defendido por Carl Rogers (1957, cit. Norcross & Hill, 2004) para a mudança ocorrer o terapeuta deveria ser autêntico/congruente, aceitar incondicionalmente o cliente e compreendê-lo de uma forma empática. Efetivamente, entre os fatores comuns, encontram-se as variáveis da relação, nomeadamente a aliança terapêutica, a congruência e a empatia. Esta última tem sido apontada como uma das variáveis da relação com maior contributo para o resultado terapêutico (Wampold, 2015; Lambert & Barley, 2001).

2. Empatia

Atendendo à sua importância para o processo e sucesso terapêutico, e após um período de desinteresse em termos da investigação em psicoterapia, o interesse sobre a empatia reemergiu em força nos últimos anos (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018). Segundo Elliott e colaboradores (2018) e Batson (2009), apesar das diversas investigações realizadas sobre a empatia não existe um consenso quanto à sua definição, fazendo com que continuem a existir diferentes possibilidades de definição sobre o mesmo. Carl Rogers (1957, cit. Bozarth, 1999, p.99) descreveu empatia como a “compreensão do mundo interno do cliente encarando como se fosse “nosso”, sem nunca perder a condição *as if*” – conseguindo sentir as dores ou alegrias do cliente sem se identificar na totalidade”. Rogers (1980, cit. Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018), defendia que a empatia era “uma capacidade do terapeuta para ser sensível... vontade de entender os pensamentos e sentimentos do ponto de vista do cliente... adotar o seu quadro de referência... (p. 85) sendo sensível momento-a-momento” (p. 142). Efetivamente, a empatia traduz-se num processo de compreensão, por parte do terapeuta, da realidade do cliente, de aceitar a sua vulnerabilidade, de exploração sensível dos seus pensamentos,

emoções, significados e das suas problemáticas (Bohart & Greenberg, 1999; Greenberg & Elliot, 1999).

Apesar da ausência de consenso em termos da definição de empatia, como referido por Batson (2009), é possível constatar pontos que são similares entre a diversidade de definições, tais como: entender a realidade, pensamentos e sentimentos do cliente; empregar uma postura corporal similar à do cliente; experienciar o que o cliente sente; colocar-se na situação experienciada pelo cliente; imaginar como o cliente se sente; colocar-se no lugar do cliente através dos seus pensamentos e sentimentos; experienciar o sentimento de angústia quando se observar o cliente a sofrer. A empatia permite a compreensão dos sentimentos e significados do cliente, e transmitir essa constante compreensão, aceitação e consideração (Bozarth, 1999).

Segundo Batson (2009) existem três processos interligados e subjacentes ao processo empático: um processo cognitivo/conceptual, pela tomada de perspectiva do cliente; um processo de simulação baseado na experiência corporal do outro; e um processo emocional que mobiliza compaixão pela reconstrução e compreensão da experiência emocional do cliente. Neste processo empático, independentemente da abordagem utilizada, o terapeuta pode expressar a sua empatia através de diferentes modos de resposta, tendo sempre em consideração as necessidades do cliente (Elliott et al., 2018; Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Assim, a empatia pode ser expressa através de respostas de: exploração, afirmação, evocação, compreensão e conjeturas (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Segundo os autores, as afirmações empáticas procuram validar o ponto de vista do cliente. Já as respostas de evocação, através da utilização de uma linguagem tentativa e evocativa/conotativa/concreta, procuram tornar vívida a experiência do cliente. As respostas de exploração empática procuram alcançar informação implícita e que ainda não está articulada na narrativa do cliente. As conjeturas empáticas estendem as respostas de exploração, já que se baseando também nas narrativas do cliente, constituem suposições por parte do terapeuta de como o cliente se sente.

As respostas de compreensão empática procuram a transmissão de compreensão da experiência do cliente. Segundo Dekeyser, Elliott e Leijssen (2009), os modos de resposta mencionados podem ser transmitidos pelo terapeuta através de linguagem verbal e linguagem não-verbal (expressão corporal e facial do terapeuta) sendo ambas fulcrais para o processo empático. A linguagem não-verbal consiste: no contacto ocular, que é essencial nas relações humanas e facilita a relação com os outros; nas expressões faciais; na postura do terapeuta que deverá ser de respeito e de abertura; e no tom de voz e escuta atenta do cliente (Riess & Kraft-Todd, 2014; Elliott et al., 2011).

Segundo (Watson, 2007) o processo empático contribui para o processo de mudança do cliente. Permite ao terapeuta promover a sensação de alívio e tranquilidade do cliente, confiança, autocompreensão, auto-aceitação, organização e percepção das suas experiências/problemáticas/sentimentos, *insight*, construção de novas perspetivas, atribuição de novos significados e desenvolvimento da sua capacidade de regulação emocional (Gibbons, 2011; Bohart & Greenberg, 1999; Greenberg & Elliot, 1999). Para a compreensão desta questão, segundo Watson (2007) pode-se referir que a empatia tem três funções essenciais: 1) auxiliar a relação terapêutica; 2) facilitar a regulação emocional; 3) reorganizar pontos de vista do cliente e suas referências internas quando desadaptativos/as. No que diz respeito à relação terapêutica, a compreensão empática facilita a que o cliente se sinta seguro e compreendido no contexto terapêutico e, assim, que seja possível a exploração do seu mundo interno (Watson 2007). Segundo a autora, o facto de o terapeuta ser empático em contexto terapêutico e demonstrar compreensão sobre as experiências e significados do cliente, produzirá uma sensação de conforto, alívio e tolerância. Desta forma, a partir do momento que o cliente aceita a sua experiência ou sentimentos de angústia, inicia-se um processo de desenvolvimento de regulação das suas emoções através da forma como as expressa ou as comunica. Para além disto, o facto de o terapeuta experienciar e comunicar compreensão sobre o mundo interno do

cliente, torna-se num modelo de regulação emocional para o cliente. Assim, a compreensão empática do terapeuta ao permitir esta compreensão e exploração dos sentimentos, significados, e referências internas do cliente, momento-a-momento, permite aceder gradualmente aos esquemas emocionais dos clientes, e desconstruir e modificar os que são desadaptativos.

Devido ao seu papel fundamental para a mudança do cliente (Wampold, 2015), atualmente os estudos têm apontado a empatia como uma variável importante em termos do resultado terapêutico (Elliott et al., 2018; Elliott et al., 2011; Watson, 2007).

2.1 Empatia e resultado terapêutico

Como mencionado anteriormente, a empatia é atualmente uma variável que tem suscitado um crescente interesse no âmbito da investigação em psicoterapia (Watson, Steckley, & McMullen, 2014). Alguns estudos realizados apontam para um efeito direto da empatia sobre o resultado terapêutico.

Num estudo realizado por Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt e Wampold (2010) sobre uma possível relação entre a perceção dos clientes sobre as condições necessárias e suficientes para a mudança de Carl Rogers (genuinidade, consideração positiva e empatia) e o resultado terapêutico, foi demonstrado que os terapeutas mais genuínos e mais empáticos eram percecionados de uma forma mais positiva pelos seus clientes e apresentavam uma redução significativa da sintomatologia depressiva. Também num estudo realizado por Watson, Steckley e McMullen (2014), em que os clientes avaliaram a empatia expressa pelo terapeuta ao longo de 16 sessões de terapia para a depressão, foi encontrada uma relação direta significativa entre a empatia e o resultado terapêutico.

Uma meta-análise de Bohart, Elliott, Greenberg e Watson em 2002, na qual foram analisados 47 estudos sobre o efeito da empatia no resultado terapêutico, teve como resultado

uma magnitude do efeito de 0.32. Nesta meta-análise ficou demonstrado que a empatia tinha uma influência considerável sobre a variância observada no resultado terapêutico. Posteriormente, Elliott, Bohart, Watson e Greenberg (2011), numa nova meta-análise, que envolvia 57 estudos na totalidade, encontraram um efeito de 0.31, na qual a empatia explicava 9% da variância observada no resultado terapêutico. A recente atualização desta meta-análise (Elliott et al., 2018), acrescentou 25 estudos à anterior (total de 82 estudos) e teve como resultado uma magnitude do efeito de 0.28, sendo demonstrado que a empatia estabelece uma relação direta e moderada sobre o resultado terapêutico.

Apesar de se encontrarem diferentes estudos deste efeito direto da empatia sobre o resultado terapêutico é também defendido por vários autores que o seu efeito é indireto, ou seja, a empatia é facilitadora de outros processos, que por sua vez exercem um efeito direto sobre o resultado. Segundo um estudo de Malin (2016), que procurou perceber a associação entre empatia, aliança terapêutica e o resultado terapêutico, foi encontrado um efeito indireto da empatia sobre o resultado terapêutico. A empatia foi sim um facilitador da aliança terapêutica que por sua vez teve um efeito direto sobre o resultado. Também no estudo anteriormente mencionado de Watson e colaboradores (2014) se encontrou uma influência direta da empatia mas sobre a forma como os clientes se tratavam a si próprios, sobre os seus estilos de vinculação que, por sua vez, conduziram a mudanças na sua autoestima, sobre as suas atitudes disfuncionais, dificuldades interpessoais, níveis de *distress*, e níveis de depressão, e estas mudanças, por sua vez, tiveram um efeito direto no resultado terapêutico. Vários outros estudos demonstraram também um efeito indireto da empatia no resultado terapêutico, defendendo que a empatia contribui para o resultado pela facilitação da promoção da aliança terapêutica (e.g. Wing, 2010; Castonguay & Beutler, 2006, cit. Watson et al., 2014).

Não existindo dúvidas sobre a sua importância para o processo terapêutico, continua a existir uma falta de consenso sobre se a sua influência é direta ou indireta. Pensando na

influência da empatia sobre outros processos, e tendo em consideração o que foi referido anteriormente, como resultado do processo empático, o cliente pode tomar consciência da sua experiência emocional, criar um significado para essa experiência, tolerar emoções desagradáveis ou dolorosas, e assim desenvolver uma maior capacidade de regulação emocional (Watson, 2007 & Hughes, Gullone & Watson, 2011). A empatia é uma das variáveis indispensáveis ao processo de regulação emocional.

3. Regulação Emocional

3.1. Emoções e regulação emocional

Não existem dúvidas acerca da importância das emoções na vida do ser humano. Segundo Greenberg (2011) as emoções são adaptativas na sua essência e fulcrais na organização e processamento de informação. São parte essencial do dia-a-dia permitindo a adaptação ao contexto, a interpretação de significados e o ajuste de comportamentos adequados às situações do quotidiano (Saraiya & Walsh, 2015). Através da sua capacidade adaptativa, as emoções permitem que o indivíduo analise eventos, ou situações favoráveis ao seu bem-estar, e que satisfaçam as suas necessidades (Greenberg, 2011; Greenberg, 2010). Através de uma atuação similar a um “GPS” ou uma “bússola”, as emoções no contexto terapêutico facilitam a compreensão entre terapeuta-cliente e a descoberta das necessidades do cliente (Ellison, Greenberg, Goldman, & Angus, 2009). Com esta capacidade de orientação, permitem que os clientes se conectem com a sua realidade, experiências, significados, permitindo-lhes uma melhor adaptação. As emoções são assim essenciais para o processo de mudança do cliente (Paivio, 2013) uma vez que apresentam características que permitem ao indivíduo adaptar-se às situações e desenvolver a sua regulação através da utilização de estratégias eficazes que promovam o seu bem-estar e uma compreensão das suas necessidades (Gross & John, 2003).

Daí que a regulação emocional seja também apontada como uma importante variável para o resultado terapêutico (Watson, Steckley, & McMullen, 2014), e que tem sido foco de grande atenção por parte da investigação.

Apesar de diversos autores teorizarem sobre o constructo de regulação emocional, e da realização de diversas investigações em torno deste tema, a sua definição tem apresentado alterações constantes dando a origem a uma diversidade de definições (Koole & Rothermund, 2011). Segundo Gross (1998, cit. Saraiya & Walsh, 2015), a regulação emocional é um processo no qual os indivíduos têm a capacidade de influenciar as suas emoções, através da decisão de quando e como as vão experienciar ou expressar. Thompson (1994, cit. Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel, & Znoj, 2008) define a regulação emocional como “vários processos intrínsecos e extrínsecos do individuo que têm como função: monitorizar, evoluir e modificar as reações emocionais para atingir resultados” (pp. 27-28). Watson, McMullen, Prosser e Bedard (2011) consideram a regulação emocional como a capacidade de processar, modelar e expressar a experiência emocional. Para a realização deste trabalho foi esta a definição/perspetiva de regulação emocional que foi considerada. Esta perspetiva vai de encontro à referida por Berking e colaboradores (2008) que defendem que diferentes domínios integram o processo de regulação emocional, tais como: a identificação, a interpretação e o processamento consciente.

3.2. A importância da regulação emocional para o processo terapêutico

Segundo Berking e colaboradores (2008), o processo de regulação emocional promove o processo de mudança e a conquista de um nível emocional adaptativo perante eventos ou situações que decorrem no dia-a-dia do indivíduo. Segundo vários autores uma regulação emocional adaptativa envolve estratégias e comportamentos perante os acontecimentos e situações específicas, como por exemplo: expressar, compreender, refletir, modelar, realizar

alterações de certas respostas/comportamentos (Saramago, 2008), aceitar, reavaliar o evento (Hofmann, Heering, Sawyer, & Asnaani, 2009), modificar a situação (Gross, cit. Saraiya & Walsh, 2015) , mudar o foco atencional (Rothermund, Voss, & Wentura, 2008) entre outras. As estratégias mencionadas poderão ser de aumento, manutenção ou diminuição das respostas emocionais, realizada através de processos psicológicos, fisiológicos, comportamentais e sociais (Gross, 2014; Beauregard, Paquette, & Levesque, 2006).

Assim como referido num estudo de Quoidbach, Berry, Hansenne e Mikolajczak, (2010) as estratégias de regulação emocional adaptativas promovem no cliente bem-estar e satisfação com a vida. No entanto, em diversos momentos da vida, o ser humano pode deparar-se com dificuldades em regular as suas emoções. Quando são utilizadas estratégias desadaptativas o indivíduo diminui a sua sensação de bem-estar e experiencia momentos negativos. Torna-se assim importante referir, que a utilização de estratégias de regulação emocional desadaptativas contribuem para a internalização e/ou externalização negativa dos problemas, afetando a forma como expressamos as emoções (Gross, 2014) e mantendo uma experiência emocional negativa (Berking & Wupperman, 2012; Joormann, Siemer, & Gotlib, 2007).

Tal como mencionado anteriormente, alguns indivíduos poderão apresentar respostas emocionais desadaptativas o que poderá conduzir a um aumento de consequências e efeitos negativos sobre o seu bem-estar. Sendo assim, como referido por Joormann e Siemer (2014) as dificuldades de regulação emocional (RE) estão subjacentes à manutenção de diversas perturbações psicológicas. Num estudo de Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier e Samson (2017), é demonstrada a importância da regulação emocional na fase de adolescência, de forma a prevenir (ou diminuir) o aparecimento de sintomatologia depressiva e ansiosa. Também segundo Hughes, Gullone e Watson (2011), num estudo com crianças/adolescentes sobre o seu funcionamento emocional, foram percebidas diferenças em termos do

funcionamento emocional em crianças/adolescentes com presença de níveis de sintomas depressivos baixos ou elevados. Após uma comparação entre os mesmos, as crianças e adolescentes com sintomatologia depressiva elevada tinham baixas competências de regulação emocional e apresentavam estratégias de RE desadaptativas.

Várias perturbações psicológicas encontram-se associadas a uma baixa capacidade de regulação emocional, pelas dificuldades dos indivíduos em identificar, experienciar, aceitar, modificar, adaptar as suas emoções, e utilizar estratégias de regulação emocional adaptativas, como é o caso da Perturbação Depressiva Major (PDM; Joormann & Siemer, 2014; Berking, Wirtz, Svaldi, & Hofmann, 2014; Berking e Wupperman, 2012). No caso da PDM, a utilização de estratégias de RE desadaptativas, como por exemplo, a ruminação, a supressão emocional, estimula a manutenção da problemática e da sintomatologia (Peluso & Freund, 2018; Joormann & Siemer, 2014). Segundo Berking, Ebbert, Cuijpers e Hofmann (2013) e Hughes, Gullone e Watson, (2011) a parte fulcral da manutenção da depressão são as dificuldades que os clientes apresentam com a regulação emocional.

Segundo Berking e colaboradores (2008) foi realizado um estudo que assentava no treino de nove competências de RE, no pré e pós tratamento, em terapia cognitiva comportamental para diversas perturbações, tais como: Perturbação Depressiva Major, Transtorno de Ajustamento, Perturbação de Pânico, Perturbação de Stress Pós-traumático, Distímia e Perturbações Somatoformes. O objetivo principal foi a aquisição por parte dos clientes de competências de RE, tendo em vista um eventual aumento da eficácia das intervenções terapêuticas. Segundo os autores, através os resultados obtidos demonstraram que a aquisição competências essenciais de RE contribuiu para o sucesso terapêutico.

Como referido anteriormente, em contexto terapêutico os clientes poderão ser capazes de expressar conscientemente a sua dor e as suas emoções e regular esta experiência (Watson, Steckley, & McMullen, 2014). Para tal, é importante a presença de um terapeuta empático. De

facto, segundo Greenberg (2014) um terapeuta empático permite que o cliente se sinta seguro para que se possa envolver no processo de autoexploração das suas experiências emocionais. Assim, através da criação de um ambiente de apoio e de validação o terapeuta poderá facilitar o próprio desenvolvimento da regulação emocional do cliente (Greenberg, 2014). Lastly, Sachse e Elliott (2002, cit. Malin 2016), demonstraram num estudo, que se os clientes se sentissem compreendidos pelo terapeuta, encontravam-se mais disponíveis para o desenvolvimento para o trabalho de competências de regulação emocional.

Apesar do debate sobre se a empatia tem um efeito direto ou indireto sobre o resultado terapêutico, é muito claro na literatura que é uma variável importante para o processo e resultado terapêutico assim como para a regulação emocional. A empatia é importante para facilitar o processo de regulação emocional. A maioria dos estudos sobre a importância destas variáveis no processo terapêutico são estudos transversais com amostras. Na revisão da literatura não foram encontrados estudos idiográficos, tendo sido considerado pertinente realizar um estudo de caso intensivo que explorasse a evolução destas variáveis e a sua eventual relação ao longo do processo terapêutico.

Capítulo II - Método

Este trabalho consiste num estudo exploratório e ideográfico, consistindo numa análise intensiva de um caso clínico de insucesso em Terapia Focada nas Emoções para a depressão. Neste estudo procura-se explorar longitudinalmente a evolução da empatia, da regulação emocional e dos sintomas clínicos ao longo de 16 sessões de terapia, bem como a eventual associação, sessão-a-sessão, entre as variáveis. As questões de investigação e os objetivos que orientaram este trabalho são descritas de seguida.

1. Questões de Investigação

- Como evolui a empatia expressa pelo terapeuta, a regulação emocional do cliente e os sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico?

- Será que, neste caso clínico, existe uma associação entre a empatia e os sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico?

- Será que, neste caso clínico, existe uma associação entre a RE e os sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico?

- Será que, neste caso clínico, existe uma associação entre a empatia e a RE ao longo do processo terapêutico?

2. Objetivos

Tendo em consideração as questões de investigação, e o facto de se tratar de um estudo exploratório, como objetivo geral pretende-se descrever a evolução da empatia expressa pelo terapeuta, da regulação emocional do cliente e dos sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico. Além disso, e de uma forma mais específica, procura-se:

a) Explorar sessão a sessão associações entre os níveis de empatia do terapeuta e a sintomatologia do cliente;

c) Explorar sessão a sessão associações entre os níveis de regulação emocional e a sintomatologia do cliente;

d) Explorar sessão a sessão associações entre os níveis de empatia do terapeuta e a regulação emocional do cliente.

3. Cliente

Susana (nome fictício) integrou um ensaio clínico aleatorizado, financiado pela FCT (PTDC/PSI-PCL/103432/2008), que comparou a eficácia da Terapia Focada nas Emoções e da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da PDM (Salgado, 2014). Neste ensaio clínico foram determinados critérios de inclusão e exclusão dos clientes para a terapia. Como critérios de inclusão encontravam-se: um diagnóstico de PDM leve ou moderada; não recorrer ao uso de medicação; e uma Avaliação Global do Funcionamento (AGF) acima de 50 (Salgado, 2014). Os critérios de exclusão incluíram: uso de medicação para o tratamento da depressão; ter sido diagnosticado, ou ter na altura, o diagnóstico de alguma das seguintes perturbações, tendo em consideração o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV): a) Perturbações do Eixo I: do comportamento alimentar, bipolar, pânico, psicóticas e abuso de substâncias; b) Perturbações do Eixo II: personalidade antissocial, borderline, esquizotípica ou narcísica; um risco elevado de suicídio (Salgado, 2014).

A cliente foi aleatoriamente selecionada para o grupo de TFE, tendo recebido 16 sessões de terapia. As sessões foram gravadas em vídeo, com o consentimento da cliente, após a informação sobre os procedimentos e propósitos da utilização dos dados. Ambos os princípios éticos da Ordem Portuguesa dos Psicólogos e da *American Psychological Association* foram seguidos no ensaio clínico.

Da avaliação inicial da cliente resultou um diagnóstico de PDM moderada. Como comorbidade a cliente apresentou critérios para diagnóstico de Fobia Específica e Perturbação

da Personalidade Evitante. Não apresentou qualquer situação clínica do Estado Físico Geral, e como Problemas Psicossociais e Ambientais são referidos problemas com o grupo de apoio primário e problemas ocupacionais. Aquando da avaliação inicial a AGF era de 56, que traduzia a sintomatologia moderada e dificuldades moderadas sociais e ocupacionais reveladas.

Susana tinha na altura 35 anos, era solteira, tinha formação superior e encontrava-se empregada. Como principais queixas durante a avaliação inicial, Susana sublinhou o facto de se sentir sozinha, angustiada, desiludida, sem esperança e com sentimentos de culpa. Referiu que os seus problemas tinham tido início há mais de um ano, após o término de uma relação amorosa, e perda do emprego por falência da empresa. Tinha estado cerca de um ano desempregada, e na altura da avaliação já tinha encontrado um novo emprego, mas numa área que Susana não apreciava e desajustada ao seu nível de formação. Susana referia andar a maior parte do tempo triste e isolada, sem vontade de conviver com os outros. Como principais objetivos terapêuticos, definiu: aprender a gostar de si e aumentar a sua autoestima, ser mais assertiva e sentir-se bem.

Durante o processo terapêutico, e de uma forma geral, Susana revelou desconforto e dificuldades constante em expressar as suas emoções dolorosas. Mostrou-se sempre muito contida, ruminava sobre a experiência com muita frequência, e com um medo de explorar e expressar a sua angústia. Daí que, em vários momentos da terapia, interrompia, suprimia e/ou evitava a expressão e exploração da sua experiência emocional.

4. Terapeuta

O terapeuta de Susana é do sexo masculino, doutorado em Psicologia Clínica, e na altura tinha 20 anos de experiência clínica, e três anos de experiência como terapeuta em Terapia Focada nas Emoções. Como parte dos procedimentos do ensaio clínico aleatorizado, o terapeuta recebeu supervisão semanal.

5. Terapia Focada nas Emoções (TFE)

A Terapia Focada nas Emoções é uma terapia integrativa empiricamente validada (Greenberg, 2010), desenvolvida a partir de princípios neo-humanistas e experienciais (Pos & Greenberg, 2007). A TFE considera as emoções como um aspeto nuclear e fundamental na construção do *self* e da auto-organização dos seres humanos (Greenberg, 2004) e também para a mudança terapêutica, uma vez que as emoções têm na sua origem um carácter adaptativo, logo se ativadas poderão ajudar os clientes a mudar experiências problemáticas ou indesejáveis (Pos & Greenberg, 2007). Segundo Pos e Greenberg (2007), a mudança pode ocorrer através da tomada de consciência, reflexão, regulação e transformação da emoção, no contexto de uma relação empática, com um terapeuta sintonizado momento-a-momento com o cliente. Assim, em termos da intervenção terapêutica, a TFE segue (*“following”*) e guia (*“guiding”*) a experiência do cliente, considerando a relação terapêutica e as competências de intervenção como aspetos centrais (Pos & Greenberg, 2007). A relação estabelecida em contexto terapêutico assenta na compreensão empática do terapeuta que procura facilitar o desenvolvimento de um vínculo afetivo e compreensão da experiência do cliente (Greenberg, 2014). De acordo com Greenberg e Watson (2006, cit. Salgado, Cunha & Monteiro, 2019) no caso da perturbação depressiva, os clientes apresentam problemas em termos do processamento das suas experiências emocionais e perdem o contacto com as suas emoções, e assim com os seus recursos internos e necessidades.

Ao longo da intervenção na TFE o terapeuta, recorre à utilização de marcadores experienciais específicos para a realização de tarefas, como por exemplo, diálogo de duas cadeiras, diálogo da cadeira vazia ou desdobramento evocativo sistemático (Malin, 2016). O objetivo é que o cliente tome consciência e entre em contacto com as suas emoções, consiga explorá-las e regulá-las, para refletir, criar novos significados e transformar a sua experiência emocional (Salgado et al., 2019; Pos & Greenberg, 2007).

6. Medidas

6.1. Medidas de Processo

***Measure of Expressed Empathy* (MEE; Watson, 1999; versão autorizada e traduzida por Almeida, Nogueira, & Salgado, 2013) – Medida observacional de avaliação da empatia expressa pelo terapeuta.** A MEE é uma medida observacional que permite avaliar a empatia demonstrada pelo terapeuta através dos seus comportamentos verbais e não-verbais, das características do discurso e dos modos de resposta (Watson, 1999). Esta medida contempla dez dimensões: 1) “a voz do terapeuta transmite preocupação?”; 2) “a voz do terapeuta é expressiva?”; 3) “o tom de voz do terapeuta ou a resposta corresponde á intensidade dos sentimentos do cliente?”; 4) “o terapeuta transmite receptividade ao cliente?”; 5) “o terapeuta está sintonizado de forma responsiva com o mundo interno/interior do cliente momento-a-momento na sessão?”; 6) “o terapeuta mostra-se preocupado?”; 7) “o terapeuta é responsivo ao cliente?”; 8) “as respostas do terapeuta transmitem uma compreensão dos sentimentos do cliente e a sua experiência interna?”; 9) “as respostas do terapeuta transmitem uma compreensão da(o) estrutura cognitiva/quadro de referência e dos significados do cliente?” e 10) “está o terapeuta a aceitar os sentimentos e a experiência interior do cliente?” (Watson, 1999). As dimensões referidas são classificadas numa escala de *Likert*, de acordo com a percentagem de tempo que um determinado comportamento está presente num segmento de 5 minutos. A escala de *Likert* varia de 0, que significa “nunca”, a 8, que significa “sempre” (Watson, 1999). No final é calculado um *score* global como a média das classificações de cada dimensão (Watson, 1999). Segundo as autoras (Watson & Prosser, 1999/2002, cit. Malin, 2016) a escala apresenta uma consistência interna elevada ($\alpha = 0,88$) e uma boa validade de construto pela correlação significativa ($r = 0,66$, $p < 0,01$) com as classificações da empatia dos clientes no Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI; Barrett-Lennard, 1962).

Observer Measure of Affect Regulation – (O-MAR; Watson & Prosser, 2006; versão autorizada e adaptada por Almeida, Silva, Nogueira, Fernandes, Jesus, & Salgado, 2016) – Medida observacional de avaliação da regulação emocional do cliente. A O-MAR é uma medida observacional que permite a avaliação da regulação emocional do cliente em vários domínios e estratégias (Watson & Prosser, 2006). A regulação emocional do cliente baseia-se na avaliação de cinco subescalas de processamento emocional: consciência/nomeação da experiência/ativação; modulação da ativação/experiência; modulação e expressão; aceitação da experiência e reflexão sobre sentimentos/experiência (Almeida, Silva, Nogueira, Fernandes, de Jesus & Salgado, 2016). Cada subescala pode ser classificada com uma pontuação de 1 a 7 valores, a partir de instruções específicas, sendo 1 o valor associado ao nível de funcionamento mais baixo, e 7 o valor associado ao nível de funcionamento mais elevado. A média das cinco subescalas será o resultado global do nível de regulação emocional (Almeida et al., 2016). Segundo Watson e colaboradores (2011) os resultados preliminares apontam para uma elevada consistência interna (variando entre 0.86 e 0.93), e também demonstra boas evidências para validade de construto e validade preditiva. Foi realizado um trabalho de adaptação e elaboração de um manual de aplicação da escala com base na visualização dos 20 minutos intermédios de sessões de casos clínicos que fizeram também parte do ensaio clínico aleatorizado e anteriormente referido (Almeida et al., 2016). De acordo com os autores de forma a verificar a adequação do funcionamento da O-MAR a partir da cotação baseada no manual foi realizado um estudo de fidelidade de cotação com base em 44 sessões, avaliadas nos cinco domínios da escala (N=220), e calculado o acordo inter-juízes (ICC = .976, $p < .000$).

6.2. Medida de Resultado

Outcome Questionnaire – 10.2 (OQ-10.2; Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005) – O OQ-10.2 é uma medida de autorrelato que tem como objetivo principal a avaliação

dos sintomas clínicos gerais dos clientes. É composto por 10 itens, de dois domínios: bem-estar psicológico e sofrimento psicológico. Cada item é classificado numa escala de *Likert* de 0 a 4, sendo que o resultado total se poderá encontrar entre 0 a 40 (Basto, Pinheiro, Stiles, Rijo, & Salgado, 2017). Resultados elevados indicam uma maior intensidade de *distress* psicológico. Na amostra do ensaio clínico aleatorizado referido neste trabalho (Salgado, 2014; N = 64), a versão portuguesa apresentou um adequado nível de consistência interna (*Cronbach's Alpha* = .77), uma fiabilidade teste-reteste para uma semana de intervalo (*Pearson's r* = .74), e uma validade concorrente moderada com o BDI-II (*Pearson's r* = .51) (Pinheiro, Mendes, Silva, Gonçalves, & Salgado, 2018).

7. Procedimentos

7.1 Juízes

Para a realização do treino nas medidas observacionais, como para a recolha de dados para este trabalho, participaram três juízes, sendo dois alunos em fase de finalização do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, e uma aluna de doutoramento com treino em EFT e em ambas as medidas de processo. Os procedimentos seguidos apresentam-se de seguida.

7.2. Procedimentos associados ao treino e aplicação das medidas de processo

Como se poderá perceber de seguida, o treino nas escalas e a respetiva recolha de dados para este trabalho contemplou a visualização e codificação de sessões de terapia. A codificação consistiu na visualização dos vinte minutos intermédios de cada sessão, para ambas as escalas - O-MAR e MEE, utilizando-se assim uma medida incidindo no mesmo intervalo temporal. A codificação de cada dimensão incidiu sempre no ponto da escala de *Likert* que representasse melhor globalmente esse intervalo de tempo.

***Measure of Expressed Empathy* (MEE; Watson, 1999; versão autorizada e traduzida por Almeida, Nogueira, & Salgado, 2013) – Medida observacional de avaliação da empatia expressa pelo terapeuta.** Numa fase inicial de treino foram codificados os 20 minutos intermédios de 16 sessões de um caso clínico em TFE pelos três juízes. O procedimento seguido foi o de classificação independente, seguido de discussão. No final da visualização das 16 sessões foi calculado o acordo inter-juízes a partir do *Intraclass Coefficient Correlation (ICC)* com um resultado que apontou para um nível de acordo moderado ($ICC = .598, p < .000$).

Para este estudo e de forma a assegurar a “não influência” de resultados nas medidas observacionais, os juízes desconheciam o possível resultado terapêutico do caso. O procedimento seguido foi o de classificação independente dos 20 minutos intermédios das 16 sessões. De seguida, cada juiz apresentava a sua classificação, que era discutida na tentativa de consenso (discussão consensual) (Hill, Thompson, & Williams, 1997). Os desacordos foram sempre resolvidos e todas as classificações decorreram de consenso. Para o cálculo do acordo inter-juízes foram tidas em consideração as classificações independentes dos três juízes e calculado o *Intraclass Coefficient Correlation (ICC)* com um resultado que aponta para um nível de acordo moderado ($ICC = .711, p < .000$).

***Observer Measure of Affect Regulation* – (O-MAR; Watson & Prosser, 2006; versão autorizada e adaptada por Almeida, Silva, Nogueira, Fernandes, Jesus, & Salgado, 2016) – Medida observacional de avaliação da regulação emocional do cliente.** Em relação à O-MAR, e como forma de preparação para o treino foram lidos excertos do manual de aplicação da escala referido anteriormente (Almeida et al., 2016). De seguida seguiu-se a fase de treino em que os procedimentos adotados e seguidos foram os mesmos apresentados anteriormente para a MEE. Também foi calculado o acordo inter-juízes, com base nas suas classificações independentes através do *Intraclass Coefficient Correlation (ICC)*, com um resultado

moderado na fase de treino ($ICC = .745, p <.000$) e excelente após a fase de codificação do caso clínico apresentado ($ICC = .950, p <.000$).

7.3. Procedimentos associados à aplicação da medida de resultado

Em relação ao OQ-10.2, todos os clientes que integraram o ensaio clínico aleatorizado, completaram esta medida imediatamente antes do início de cada sessão.

7.4 Análise estatística

Para averiguar a eventual associação longitudinal entre as variáveis recorreu-se ao software *Simulation Modeling Analysis* (SMA; Borckardt & Nash, 2014). O *Simulation Modeling Analysis* (SMA) é um programa que foi elaborado, para responder s necessidades da análise de dados com poucas observações ($n < 30$) em séries temporais autocorrelacionadas (Borckardt & Nash, 2014), sendo assim apropriado para estudos de caso. Com recurso ao *SMA Cross Correlation* foram calculados coeficientes de correlação de *Pearson* para comparar a força da eventual associação entre o nível da empatia expressa pelo terapeuta numa sessão e a regulação emocional do cliente na mesma sessão (lag 0), e na sessão seguinte (lag +1). Nas análises que procuraram averiguar a eventual associação entre a empatia expressa pelo terapeuta numa sessão e os sintomas clínicos da cliente, também só foram considerada a relação com a mesma sessão (lag 0) e a sessão posterior (lag +1) uma vez que os dados recolhidos sobre os sintomas clínicos recolhidos determinada sessão tinham um carácter retrospectivo (referiam-se à última semana) e os dados da empatia e da regulação emocional referiam-se aos 20 minutos intermédios da sessão. O mesmo procedimento foi seguido em relação à análise que procurou averiguar a eventual associação entre a regulação emocional da cliente numa sessão e os sintomas clínicos. Desta forma, o nível de significância dos resultados foi ajustado de acordo com o *Bonferroni-adjusted alpha level* para .025 ($0.05 / 2$).

Capítulo III - Resultados

Neste capítulo, tendo em consideração as questões de investigação e os objetivos que orientaram este trabalho, são apresentados os resultados.

1. Empatia e sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico

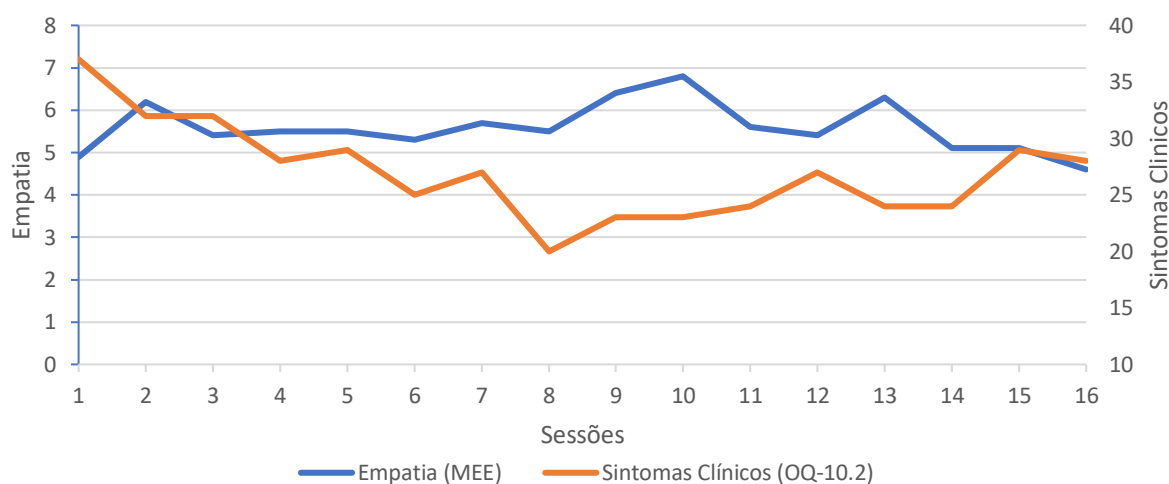


Figura 1. Média da empatia expressa e intensidade dos sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico

A evolução dos níveis médios da empatia expressa pelo terapeuta e a sintomatologia clínica da cliente (OQ-10.2) ao longo do processo terapêutico encontram-se apresentados na figura 1. Como se pode observar, a média da empatia expressa, em termos gerais, apresenta valores relativamente estáveis e elevados. Verifica-se que a sessão 1 e 16 representam os valores médios mais baixos ao longo do processo terapêutico, e as sessões 9, 10 e 13 os valores mais altos.

Em relação à sintomatologia clínica, os valores são elevados. Existe uma tendência inicial, mas não linear, para uma descida da intensidade dos sintomas até à sessão 8, mas com

um valor ainda relativamente elevado. A partir da sessão 8, até á sessão 12, os valores voltam a subir, descendo nas sessões 13 e 14, e voltando a subir na sessão 15.

Como referido anteriormente, e no sentido do cumprimento dos objetivos, analisou-se a associação entre a empatia expressa pelo terapeuta e a sintomatologia clínica da cliente na mesma sessão (lag 0) e com a sessão seguinte (lag +1). Nesta análise, os coeficientes de correlação de *Pearson* não indicaram nenhuma associação estatisticamente significativa (lag 0: $r = - .39, p = .073$; lag +1: $r = - .29, p = .141$).

1.2 Regulação Emocional e sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico

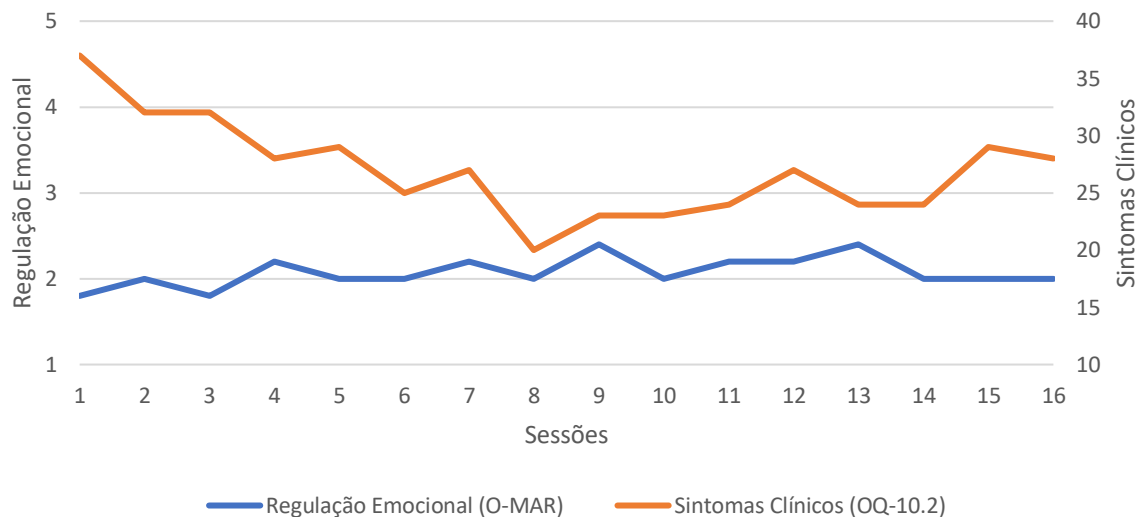


Figura 2. Média da regulação emocional e intensidade dos sintomas clínicos ao longo do processo terapêutico

Como é possível observar na figura 2, os níveis médios de regulação emocional da cliente são relativamente baixos ao longo de todo o processo terapêutico: o valor médio mínimo de 1.8 regista-se nas sessões 1 e 3, e o valor máximo de 2.4 regista-se nas sessões 9 e 13.

Tendo em consideração a regulação emocional da cliente e os sintomas clínicos, analisou-se a eventual associação entre as variáveis, ou seja, a associação entre a regulação

emocional numa sessão com os sintomas clínicos da mesma sessão (lag 0) e com a sessão seguinte (lag +1). Os resultados dos coeficientes de correlação de *Pearson* indicam não existir uma associação significativa entre a regulação emocional numa sessão com os sintomas clínicos da sessão seguinte (lag +1: $r = -.43, p = .040$) mas uma associação significativa com a mesma sessão (lag 0: $r = -.55, p = .013$).

1.3 Empatia e Regulação Emocional ao longo do processo terapêutico

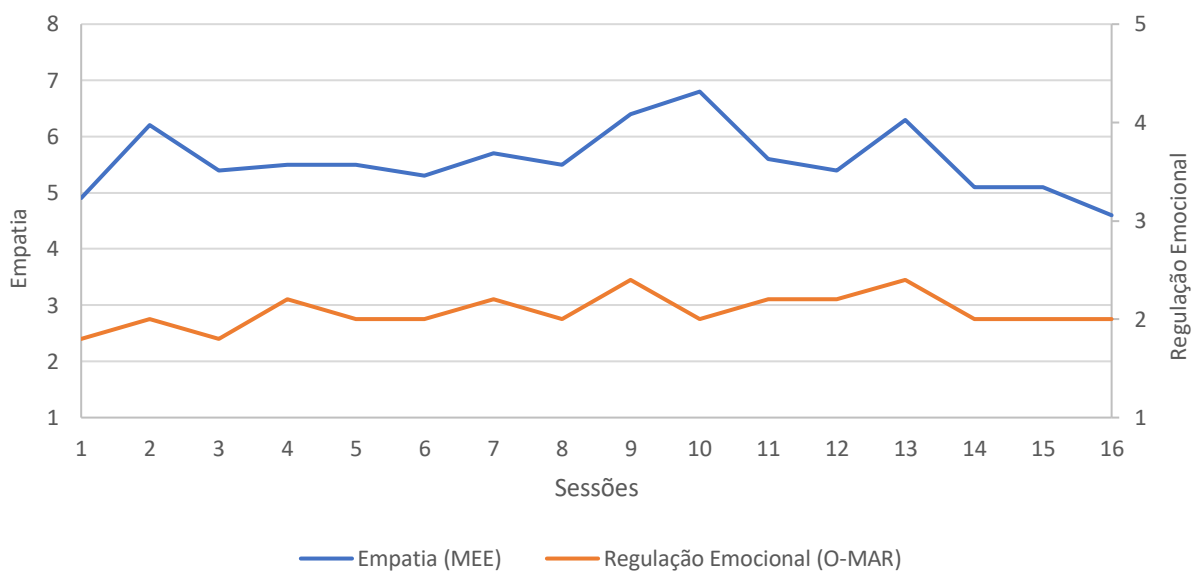


Figura 3. Média de empatia expressa e de regulação emocional ao longo do processo terapêutico

Como referido anteriormente, e como se pode observar na Figura 3, apesar de algumas variações, os valores médios de empatia expressa pelo terapeuta são relativamente estáveis, e elevados, enquanto que os valores médios da regulação emocional são relativamente estáveis, mas baixos. Como objetivo final deste trabalho, foi-se explorar a eventual associação entre a empatia expressa pelo terapeuta numa sessão e a regulação emocional do cliente na mesma sessão (lag 0), e na sessão seguinte (lag+1). De acordo com os resultados obtidos pelos

coeficientes de correlação de *Pearson*, não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa (lag 0: $r = +.49$, $p = .026$; lag: +1 $r = -.09$, $p = .347$). No entanto, o resultado encontrado em lag 0, ou seja, a associação positiva entre a empatia expressa na sessão e a regulação emocional do cliente na mesma sessão, merece ser considerada visto o resultado se aproximar muito do nível de significância ($p < .025$), podendo ser considerado marginalmente significativo.

Capítulo IV - Discussão de Resultados

Tendo por base os resultados descritos anteriormente, torna-se pertinente uma discussão de forma a destacar os resultados mais significativos deste trabalho.

Em relação à empatia expressa pelo terapeuta, como referido anteriormente, os valores médios de empatia são relativamente estáveis e elevados. Neste caso clínico, este padrão em relação à empatia do terapeuta, não é surpreendente, mesmo sendo um caso de insucesso, visto que a modalidade terapêutica é a TFE. Como referido anteriormente, um dos aspetos centrais para a TFE é a relação terapêutica, e o estabelecimento de uma relação terapêutica, ou um vínculo afetivo com os clientes, só é passível de ser construída se baseada numa compreensão empática dos mesmos (Greenberg, 2014). Portanto, nesta modalidade terapêutica esperam-se, à partida, valores estáveis e elevados, como se observa neste caso.

Como se pode observar, os valores médios mais baixos registaram-se na primeira e última sessão da terapia. Numa primeira sessão, diversos fatores podem contribuir para justificar níveis mais baixos de empatia. O facto de a cliente fazer parte de um projeto implica sempre alguma clarificação de questões mais associadas às dinâmicas inerentes ao próprio projeto, o que pode prejudicar alguns domínios da empatia, como por exemplo o tom de voz do terapeuta. A presença constante de uma câmara de gravação em sessão, sobretudo numa primeira sessão, poderá ter causado algum constrangimento inicial tanto ao terapeuta como à cliente. Para além do exposto, a primeira sessão caracteriza-se sempre por ser um primeiro encontro, em que terapeuta e cliente terão que percorrer um caminho para a construção de uma relação terapêutica. Assim sendo, é natural que o terapeuta nalgumas dimensões da empatia, como por exemplo, a sintonização, ou compreensão da experiência e dos significados da cliente, não pontue tão alto como em sessões posteriores. No caso da última sessão, as características que orientavam a sessão, também poderão ter condicionado os níveis de empatia expressos pelo terapeuta. A sessão 16, é uma sessão onde se procurava avaliar e refletir sobre

o processo terapêutico, os ganhos obtidos ao longo da terapia por parte da cliente, e sobre os objetivos atingidos. Desta forma, o terapeuta tem que colocar uma série de questões, o que acaba por prejudicar, sobretudo, os domínios da responsividade e da sintonização.

Os valores médios mais altos, registaram-se nas sessões 9, 10 e 13, ou seja, numa fase intermédia – final da terapia. A fase intermédia da terapia, caracteriza-se habitualmente por ser uma fase de trabalho e onde já se supõe que a relação terapêutica esteja construída. Desta forma é expectável que estes níveis elevados em termos de empatia estejam presentes. De forma a ilustrar, um exemplo de um momento em que o terapeuta explora empaticamente a compreensão da cliente segue-se um excerto de uma sessão entre as que registaram os níveis mais elevados de empatia expressa pelo terapeuta.

T: *e nesses momentos acha que não tem solução?*

C: *(acena com a cabeça)*

T: *mm-hm (passos) (p:00:00:19) ok - - - que sentimento é que fica aí, algures neste momento? (p:00:00:09)*

C: *sinto uma tristeza e uma angústia*

T: *mm-hm - - - - (barulho do autoclismo) e é capaz de dar voz a essa tristeza ou a essa angústia, é capaz de me dizer o que é que elas têm? (p:00:00:06)*

C: *penso efetivamente dessa forma, ou seja, que mm que as coisas nunca vão correr bem que vão dar certo em área nenhuma e parece que as coisas cada vez são piores e mm*

T: *mm-hm*

C: *quando penso que poderão mudar que poderá haver alguma coisa que possa correr bem ou que possa ser diferente tenho alguma expectativa disso acaba sempre por não não acontecer portanto - -*

T: *mm-hm - - ok*

C: *é um ciclo vicioso e repetitivo e que pronto que: mm* (Sessão 10)

Em relação aos sintomas clínicos, como referido os valores indicam que a cliente manifestou ao longo de todo o processo desconforto e *distress* psicológico. Estes resultados são compreensíveis quando se trata de um caso de insucesso. No entanto, e apesar de ser um caso de insucesso, deve-se sublinhar a descida dos sintomas clínicos numa primeira fase até uma fase intermédia da terapia, bem como uma melhoria em termos do sofrimento/*distress* psicológico do início para o final da terapia. Significa que apesar do insucesso terapêutico relativamente à depressão, alguns ganhos foram conseguidos em relação ao seu bem-estar geral.

Relativamente à regulação emocional da cliente, apesar de um padrão que se caracteriza por oscilações constantes dos níveis de regulação emocional, como as oscilações/variações são mínimas, acabam por traduzir níveis baixos e constantes ao longo do processo terapêutico. Efetivamente, e como referido na literatura, os clientes com perturbação depressiva revelam dificuldades em identificar, aceitar, tolerar, e modificar as suas emoções negativas (Berking, Wirtz, Svaldi, & Hofmann, (2014), e estas dificuldades além de sintomas da perturbação são um fator de risco para o seu desenvolvimento e manutenção (Grant, Salsman, & Berking, 2018; Berking et al., 2013). A cliente ao longo das sessões, não apresentou uma evolução positiva considerável em termos da regulação emocional, podendo ser uma das razões para os níveis elevados e constantes de sintomas clínicos, e um dos fatores que tenha contribuído para o insucesso da terapia. Estas dificuldades foram evidentes ao longo de vários momentos da terapia. Particularmente, em vários momentos a cliente demonstrou pouca consciência da experiência emocional, e dificuldades em termos da modulação da ativação e da expressão. Ao longo das sessões, a cliente apresentou em diversos momentos situações de evitamento, supressão e interrupção da sua experiência emocional acompanhados de linguagem não verbal

(e.g. balanço constante do corpo na cadeira) e verbais (e.g. “não consigo”). Segue-se um excerto que procura demonstrar um momento da terapia em que essas dificuldades estão presentes.

T: - - - -, *então tá a ser difícil?*

C: - - tá (*chora*)

T: *faz favor (o terapeuta entrega lenços à cliente)*

C: (*silêncio*) (p:00:00:10)

T: *como se estivesse a tocar aí uma voz muito funda*

C: *exato*

T: *o que está a passar neste momento?*

C: (*silêncio*) (p:00:00:20)

T: *e então Susana? - - -, quer partilhar comigo o que está a passar?*

C: (*silêncio*) (p:00:00:12), *como vê é muito desconfortável estar + a expor-me assim exato ou seja s-se eu no- pra mim é difícil é, é esmagador estar a*

T: *a expor + mm-hm*

C: *a expor no sentido de, em situações como por exemplo que acabei de referir*

T: *sim sim*

C: *que nada tem de expor a nenhuma pessoa não é*

T: *mm-hm*

C: *muito mais difícil é estar + a fazer isto (Sessão 3)*

De acordo com os resultados pode-se compreender que Susana não conseguiu explorar suficientemente as suas experiências internas para desenvolver novos significados. Neste caso clínico, a cliente apresentou em terapia elevadas dificuldades para se envolver no próprio

processo terapêutico, apresentando um discurso frequentemente cognitivo e um enorme distanciamento da experiência emocional, apesar dos níveis de empatia expressos pelo terapeuta.

Apesar do exposto, em algumas sessões como a 9 e a 13, a cliente apresenta uma ligeira evolução nos níveis de regulação emocional. Como a O-MAR tem a particularidade de avaliar diferentes domínios da RE, ao longo da codificação das sessões, foi possível compreender que estes ligeiros aumentos se deveram a uma melhor classificação no domínio da consciência/nomeação da experiência/ativação. Gradualmente, ao longo da terapia, a cliente foi conseguindo reconhecer e nomear melhor algumas emoções. Efetivamente numa fase inicial da TFE, este trabalho é essencial para que posteriormente se possa evoluir, ou seja, os clientes têm primeiro que aceder e simbolizar a sua experiência emocional, para posteriormente conseguir tolerá-la, regulá-la e transformá-la. Eventualmente, com mais sessões de terapia a cliente poderia evoluir no sentido da transformação. Segue-se um excerto de uma sessão onde ocorrer uma ligeira melhoria em termos da consciência/nomeação da experiência.

T: *ok ou seja, é quase como se, ficasse logo imediatamente com a expectativa de que se expressar a raiva para com o *João, mesmo que seja imaginariamente, eu não vou obter as respostas. mm-hm, e portanto é quase como se estivesse a falar - - - - sozinha. quase como se não houvesse possibilidade de ter aquilo que quero - e de obter a explicação mm-hm ok. – e ao sentir isto o que é que sente? - - ao / (: ver) isto que é que sente? - - - -*

C: *sinto acho que uma frustração por: - - - por saber que isto vai continuar aqui assim não sei! –*

T: *ok portanto é uma consciência que nunca vai ter respostas?*

C: *sim*

T: *mm-hm ele nunca te vai dizer mm-hm - é quase como se ele lhe estivesse a dizer 'eu nunca te vou dizer' - - não é isso? 'eu nunca te vou dizer nunca te vou explicar por que é que te deixei daquela forma. - - - isto que é que lhe provoca? (p:00:00:06) uma: -frustração enorme é assim? - - -*

C: *é uma tristeza (incompreensível)*

T: *é uma tristeza, muito profunda*

C: *sim! - - - (Sessão 9)*

Em relação à associação entre os níveis de regulação emocional e os sintomas clínicos, encontrou-se uma associação negativa, estatisticamente significativa, na mesma sessão. Assim, neste caso clínico, quanto mais sintomática a cliente estava no início da sessão, menor a sua capacidade de regulação emocional nessa mesma sessão. Segundo Visted, Vollestad, Nielsen e Schanche (2018), se é verdade que as dificuldades de regulação emocional estão subjacentes ao desenvolvimento e manutenção de perturbações psicológicas, como é o caso da depressão, os indivíduos com depressão recorrem a estratégias de regulação emocional desadaptativas, em que as tentativas para lidar com a experiência negativa acabam, muitas vezes, por perpetuar e até aumentar a sintomatologia. Desta forma, clientes que experienciam mais *distress* psicológico, acabam por frequentemente evitar o contacto com as emoções negativas, ou suprimir a sua experiência emocional, ruminar sobre a experiência, o que por sua vez aumenta as dificuldades de regulação, tornando-se num ciclo que acaba por perpetuar o problema e a perturbação. No caso desta cliente, nalgumas sessões de terapia em que no início da sessão era referido que não se tinha sentido bem durante a semana, ou que não se estava a sentir bem no início da sessão, surgiam dificuldades de acesso à sua experiência emocional por processos de evitamento e/ou supressão da própria experiência. Assim, torna-se importante que os terapeutas, logo no início das sessões, consigam compreender o nível de sofrimento dos

clientes, dado que poderá ser necessário o recurso a estratégias iniciais que permitam suavizar/acalmar o sofrimento sentido para que eventualmente se consiga explorar a experiência emocional dolorosa.

No que se refere à associação entre os níveis de empatia expressa pelo terapeuta e os níveis de regulação emocional da cliente, como referido anteriormente, o resultado encontrado em lag 0, ou seja, a associação positiva entre a empatia expressa na sessão e a regulação emocional do cliente na mesma sessão pode ser considerado marginalmente significativo. Tal como mencionado anteriormente, a empatia tem um papel fulcral no processo de mudança do cliente. É uma variável que ao facilitar a relação, promove um ambiente de segurança para a exploração da experiência emocional, podendo assim facilitar o desenvolvimento da regulação emocional (Watson 2007). É fundamental a presença de um terapeuta empático para que o cliente se sinta compreendido e com uma sensação de conforto para explorar as suas experiências emocionais dolorosas. Através da empatia, o terapeuta manifesta compaixão perante a experiência interna do cliente podendo promover a autocompaixão do cliente com a sua própria experiência, muitas vezes difícil de aceder, tolerar e compreender. Este resultado, marginalmente significativo aponta nessa direção. Neste caso clínico, apesar do insucesso terapêutico, as pequenas evoluções em termos da regulação emocional surgem associadas a momentos em que o terapeuta se manifestou mais empático. Particularmente, numa cliente com características de personalidade evitante, e com dificuldades com o grupo de apoio primário, os níveis elevados de empatia permitiram sobretudo melhorias em termos da consciência/nomeação da experiência/ativação, ou seja, um primeiro passo, fundamental, para o processo de regulação emocional ocorrer. Segue-se um excerto em que de uma sessão em que o terapeuta expressa níveis elevados de empatia e a cliente pontua o valor mais elevado de regulação emocional ao longo do processo, chegando a exprimir algumas das suas necessidades.

T: *mm-hm - - mm-hm. e esta é uma tristeza de fundo que lhe diz qualquer coisa como 'tu vais ficar sempre sozinha tu já não vais ter ninguém,' como é que é? é uma coisa deste género?*

C: *(abana a cabeça no sentido afirmativo)*

T: *não é? - - - - como é que é ficar nesse local? - chegar a esse local?*

C: *é mau---é muito triste*

T: *é mau - - - é mais do que mau - - é horrível (p:00:00:10) não é um sítio onde queira estar pois não?*

C: *(abana a cabeça no sentido negativo)*

T: *mm-hm - - - - é quase se como se estivesse a dizer 'ok eu durante a minha vida eh, fui criando esta, fui aprendendo a ficar sozinha aprendendo que as pessoas não querem a minha proximidade e: - - fiquei cada vez mais só - - e quando eu ultrapasso essa: e o facto de: de alguma maneira de me despedir ou de: cortar um pouco esta esta ligação com o João torna-me mais só também' mm- hm 'depois em cima disto o facto do Pedro não vir - - também ajudou'*

C: *exato*

T: *depois [(incompreensível)]: viagem com mais dois casais a Roma mm-hm (p:00:00:11)*

C: *e vem tudo reforçar ainda mais a: esse mesmo sentimento*

T: *mm-hm - - e o que é que acha desse sentimento? é uma coisa que queira, o que é que quer fazer esse sentimento?*

C: *(riso) - - queria que ele desaparecesse queria:*

T: *mm-hm*

C: *queria sentir-me mais: talvez tar melhor comigo própria não sei:*

T: *mm-hm portanto este sentimento é um sentimento bom não é? o que é que precisava?*

C: *- - o que é que eu precisava?*

T: *sim - - o que é lhe faria bem quando chega a esse ponto?*

C: *eu precisava de não me sentir tão só (Sessão 13)*

Conclusão

Numa fase de conclusão e reflexão sobre o trabalho realizado, torna-se importante considerar o seu carácter exploratório e, portanto, algumas limitações que lhe estão associadas. Assim, é importante ter em conta que os resultados apresentados não nos permitir inferir conclusões de uma forma generalizada. No entanto, não se podendo generalizar conclusões neste tipo de estudos, eles podem fornecer importantes informações para o trabalho clínico.

Apesar das limitações inerentes, os resultados demonstram que efetivamente na TFE a empatia é uma variável que está evidente e presente ao longo de todo o processo terapêutico. Existe a necessidade de um processo empático contínuo ao longo do processo terapêutico, para assim facilitar a criação de uma relação terapêutica. Seria interessante ter a possibilidade de averiguar a eventual associação com a aliança terapêutica, sob a perspetiva da cliente.

O resultado obtido sobre a associação entre a empatia e a RE, ainda que marginalmente significativo, é de facto merecedor de atenção. Mesmo sendo um caso de insucesso, neste caso clínico houve uma associação positiva marginalmente significativa entre os níveis de empatia expressa pelo terapeuta e os níveis de regulação emocional da cliente. Percebemos assim, que a empatia expressa pelo terapeuta poderá influenciar a regulação emocional do cliente durante as sessões. Ainda que com valores baixos, em termos da regulação emocional, as melhorias a este nível parecem estar associadas a momentos em que o terapeuta se manifesta mais empático. Este resultado é particularmente interessante sobretudo num caso de insucesso, e reforça a importância da empatia para a prática clínica. Seria importante fazer uma comparação com um caso de sucesso para se perceber se os resultados vão no mesmo sentido. Além disso também seria interessante compreender quais as dimensões da empatia que poderiam estar eventualmente associadas à regulação emocional e até a que domínios específicos desta.

Deve-se também salientar, que apesar dos níveis de regulação emocional se manterem baixos ao longo da terapia, existiram momentos em que a cliente demonstrou um aumento da

sua capacidade de regulação emocional, como por exemplo, em termos da consciência da sua experiência emocional, nomeando e simbolizando as emoções sentidas e chegando a exprimir as suas necessidades. Tendo em consideração que se tratava de uma cliente com uma comorbilidade de Personalidade Evitante, estas melhorias traduzem uma melhoria na sua capacidade de acesso à sua experiência dolorosa. Para uma melhor compreensão do caso, em termos da evolução da regulação emocional e dos sintomas clínicos, seria importante a realização de uma formulação clínica em TFE.

Por fim, não se poderá deixar de salientar que tal como defendido teórica e empiricamente, no caso da PDM, as dificuldades em termos da regulação emocional estão presentes sendo de facto uma dimensão importante para se ter em consideração no trabalho clínico.

Referências Bibliográficas

Almeida, C., Silva, D., Nogueira, D., Fernandes, C., Jesus, S., & Salgado, J. (2016). Emotion regulation and psychotherapy: adaptation and elaboration of an application manual of the Observer Measure of Affect Regulation (O-MAR). *Journal of Spatial and Organizational Dynamics, IV*, 30-55.

Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251-257. doi:10.1037/0022-0167.48.3.251

Basto, I., Pinheiro, P., Stiles, W. B., Rijo, D., & Salgado, J. (2017). Symptom intensity and emotion valence during the process of assimilation of a problematic experience: a quantitative study of a good outcome case in CBT. *Psychotherapy Research, 27*, 437-449. doi:10.1080/10503307.2015.1119325

Batson, C.D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 3-15). Cambridge, MA: MIT Press.

Beauregard, M., Paquette, V., & Levesque, J. (2006). Dysfunction in the neural circuitry of emotional self-regulation in major depressive disorder. *NeuroReport, 17*(8), 843–846. doi:10.1097/01.wnr.0000220132.32091.9f

Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*, 234-245. doi:10.1159/000348448

Berking, M., Wirtz, C., Svaldi, J., & Hofmann, S. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 13-20. doi:10.1016/j.brat.2014.03.003

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*, 128-134. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1230-1237. doi:10.1016/j.brat.2008.08.005

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York, NY: Oxford University Press.

Bohart, A. C., & Greenberg, L. (1999). Empathy: where are we and where do we go from here? In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered-new directions in psychotherapy* (pp. 419 – 449). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Borckardt, J. J., & Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation*, *24*, 492–506. doi:10.1080/09602011.2014.895390

Bozarth, J. (1999). Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered-new directions in psychotherapy* (81-102). Washington, DC: American Psychological Association

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 207-231. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424

Dekeyser, M., Elliott, R., & Leijssen, M. (2009). Empathy in psychotherapy: Dialogue and embodied understanding. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy*. Cambridge, MA: The MIT Press

Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*, (2nd ed., pp. 132-152). New York: Oxford University Press. Retirado de: https://strathprints.strath.ac.uk/36468/1/Elliott_Bohart_Watson_Greenberg_2011_In_Norcross_Empathy_Outcome_post_print.pdf

Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Murphy, D. (2018). Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=a50916ce-1d49-4773-883b-04ca8becd3bc%40sessionmgr4006>

Ellison, J., Greenberg, L., Goldman, R. & Angus, L. (2009). Maintenance of gains at follow-up in experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103-112. doi:10.1037/a0014653

Grant, N., Salsman, M., & Berking, M. (2018). The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an english version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *PLOS ONE*, 13(10), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0205095

Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused therapy. Theory, research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association

Greenberg, L. (2011). *Theories of psychotherapy. Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350 - 357. doi:10.1037/a0037336.

Greenberg, L. & Elliott, R. (1999). *Varieties of empathic responding*. In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered-new directions in psychotherapy*, 419-450. Washington, DC: American Psychological Association.

Gibbons, S. (2011). Understanding Empathy as a Complex Construct: A Review of the Literature. *Clinical Social Work Journal*, 39(3), 243-252. doi:10.1007/s10615-010-0305-2

Gross, J. J. (Ed.). (2014). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2): 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The counseling psychologist*, 25(4), 517-572. doi:10.1177/0011000097254001

Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 389-394. doi:10.1016/j.brat.2009.02.010

Hughes, E. K., Gullone, E., & Watson, S. D. (2011). Emotional functioning in children and adolescents with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 335-345. doi:10.1007/s10862-011-9220-2

Joormann, J., & Siemer, M. (2014). Emotion regulation in mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 413-427). New York, NY, US: Guilford Press.

Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 484. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.484

Koole, S. L., & Rothermund, K. (2011). "I feel better but I don't know why": The psychology of implicit emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 25(3), 389-399. doi: 10.1080/02699931.2010.550505

Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357

Lambert, M., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Orem: American Professional Credentialing Services, LLC.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley

Lundh, L. G. (2014). The search for common factors in psychotherapy. Two theoretical models, with different empirical implications. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(5), 131-150. doi:10.11648/j.pbs.20140305.11

Malin, A. (2016). *Therapist expressed empathy across experiential treatment for depression: Its growth and relationship to other psychotherapy processes* (Doctoral dissertation, York University). Retirado de https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/32705/Malin_Ashley_J_2016_PhD.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 3–21). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Hill, C. E., (2004). Empirically supported therapy relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), 19-24. Retirado de <https://pdfs.semanticscholar.org/ef9a/2277979a6c5e0d6cdd88e4ec28aa036b1dd4.pdf>

Paivio, S. C. (2013). *Essencial process in Emotion-Focused Therapy*. *Psychotherapy*, 50(3), 341-345. doi:10.1037/a0032810

Peluso, P., & Freund, R. (2018). Therapist and Client Emotional Expression and Psychotherapy Outcomes: A Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 461–472. doi:10.1037/pst0000165

Pinheiro, P., Mendes, I., Silva, S., Gonçalves, M. M., & Salgado, J. (2018). Emotional processing and therapeutic change in depression: A case study. *Psychotherapy*, 55(3), 263-274. doi: 10.1037/pst0000190

Pos, A., & Greenberg, L. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25–31. doi:10.1007/s10879-006-9031-z

Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373. doi: 10.1016/j.paid.2010.03.048

Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108-1112. doi:10.1097/ACM.0000000000000287

Rothermund, K., Voss, A., & Wentura, D. (2008). Counter-regulation in affective attentional biases: a basic mechanism that warrants flexibility in emotion and motivation. *Emotion*, 8(1), 34-46. doi:10.1037/1528-3542.8.1.34

Salgado, J. (2014). ISMAI depression project: Results of a comparative clinical trial of EFT and CBT. *Paper Presented at 45th International Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research*, Copenhagen, Denmark.

Salgado, J., Cunha, C., & Monteiro, M. (2019). Emotion-Focused Therapy for depression. In L. Greenberg & R. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 293 – 314). Washington, DC: American Psychological Association

Saraiya, T., & Walsh, K. (2105). A review of laboratory-based emotion regulation tasks. In M. L. Bryant (Ed.), *Handbook on emotion regulation: Processes, cognitive effects and social consequences* (pp. 1-35). New York, NY: Nova Science Publishers, Inc.

Saramago, P. S. B. D. S. (2008). *O sentir e o agir do psicoterapeuta: impactos da regulação emocional na atitude terapêutica*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa). Retirado de: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/754>

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, *46*(2), 261-276. doi: 10.1007/s10964-016-0585-0

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277. doi: 10.1002/wps.20238.

Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, *16*(02), 184-187. doi: 10.1080/10503300500265181

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *Counseling and psychotherapy. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

Watson, J. C. (1999). Measure of Expressed Empathy. Unpublished manuscript. Department of Adult Education, Community Development, and Counseling Psychology, OISE, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Watson, J. C. (2007). Facilitating empathy. *European Psychotherapy*, *7*(1), 61-76. Retirado de https://cip-medien.com/wp-content/uploads/04_EP_Vol7_2007-Watson_EmpathyK2.pdf

Watson, J., McMullen, E., Prosser, M., & Bedard, D. (2011). An examination of the relationships among clients' affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychotherapy Research*, 21(1), 86-96 doi: 10.1080/10503307.2010.518637

Watson, J. C. & Prosser, M.C. (1999, 2002). *Measure of Expressed Empathy*. Unpublished manuscript. Department of Adult Education, Community Development, and Counselling Psychology, OISE, University of Toronto, Canada.

Watson, J. C., & Prosser, M. (2006). *Observer-rated Measure of Affect Regulation (O-MAR)*. Unpublished manuscript, Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto. Toronto, Canada.

Watson, J., Steckley, P., & McMullen, E. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286 – 298. doi:10.1080/10503307.2013.802823

Wing, E. (2010). *The relationship between therapist empathy, the working alliance, and therapy outcome: A test of a partial mediation model* (Doctoral dissertation, College of Arts and Sciences of Ohio University). Retrieved de: https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=ohiou1262266810&disposition=inline

Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M.B., & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9(756), 1-20. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00756

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(7), 681-697. doi: 10.1002/jclp.20683

