



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O IMPACTO DE VARIÁVEIS DO TERAPEUTA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Luís Gonçalo Ramos Pereira*

Porto, Janeiro de 2017



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O IMPACTO DE VARIÁVEIS DO TERAPEUTA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Luís Gonçalo Ramos Pereira*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Pedro Dias

Porto, Janeiro de 2017

## **Agradecimentos**

Começo por agradecer ao professor Pedro Silva Dias o apoio, a disponibilidade e por ter acreditado que era possível.

À Sofia Santos a força e confiança que sempre me tem passado.

Agradeço à minha mãe, à minha tia e aos elementos mais próximos da minha família o suporte, afeto, o amor incondicional e por nunca terem baixado os braços.

À minha avó, saudades. Os teus valores serão sempre uma parte integrante de mim.

## Resumo

O objetivo central do presente estudo foi explorar a relação entre a percepção do psicoterapeuta das dimensões da aliança terapêutica, as suas características sociodemográficas e a sua capacidade de regulação e diferenciação emocional, no contexto da psicoterapia com crianças e adolescentes. Para isso, foi realizada uma análise quantitativa dos dados recolhidos, através de um questionário de autorrelato, junto de 40 psicoterapeutas. Os instrumentos presentes no questionário visavam avaliar: a percepção do psicoterapeuta sobre a aliança terapêutica com um cliente específico; um conjunto predeterminado de características sociodemográficas e profissionais dos psicoterapeutas; fatores emocionais do psicoterapeuta, com a utilização do *Questionário de Regulação Emocional* e da *Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional*. Os principais resultados apontam para uma relação inversa entre a percepção de tarefas (dimensão da aliança terapêutica) e a estratégia de regulação emocional de reavaliação cognitiva; uma associação positiva entre a percepção de objetivos da aliança terapêutica, o repertório emocional e a diferenciação emocional do psicoterapeuta; uma associação entre duas dimensões da aliança terapêutica e a percepção de realização e competência profissional; uma associação entre a competência profissional e a realização profissional; foram ainda encontradas diferenças significativas entre géneros ao nível do repertório emocional dos psicoterapeutas.

Palavras-chave: *Aliança Terapêutica, Componentes da Aliança, Psicoterapia com Crianças e Adolescentes, Variáveis do Psicoterapeuta, Regulação Emocional.*

## Abstract

The aim of this study was to explore the relationship between the psychotherapist's perception of the dimensions of the therapeutic alliance, its sociodemographic characteristics and its competence for emotional regulation and differentiation in the context of psychotherapy with children and adolescents. For this, a quantitative analysis of the data collected was performed through a self-report questionnaire, with 40 psychotherapists. The instruments present in the questionnaire intended to evaluate: the psychotherapist's perception of the therapeutic alliance with a specific client; a predetermined set of sociodemographic and professional characteristics of psychotherapists; emotional factors of the psychotherapist, through the *Emotional Regulation Questionnaire* and the *Emotional Differentiation and Reporting Rating Scale*. The main results point to an inverse relationship between perception of task (dimension of the therapeutic alliance) and the emotional regulation strategy of cognitive reassessment; a positive association between the perceived goals of the therapeutic alliance, the emotional repertoire and the emotional differentiation of the therapist; an association between two dimensions of the therapeutic alliance and the perception of professional realization and professional competence; an association between professional competence and professional realization; significant differences between genders were found in the emotional repertoire of therapists.

Keywords: *Therapeutic Alliance, Alliance Components, Psychotherapy with Children and Adolescents, Therapist Variables, Emotional Regulation.*

## Índice

|   |     |
|---|-----|
| Agradecimentos.....   | I   |
| Resumo.....   | II  |
| <i>Abstract</i> .....   | III |
| Índice.....   | IV  |
| Índice de Tabelas.....  | VI  |
| Glossário.....  | VII |
| <br>  |     |
| <b>Introdução</b> .....   | 1   |
| <br>  |     |
| <b>I – Enquadramento Teórico</b> .....  | 2   |
| 1. Aliança Terapêutica.....   | 2   |
| 1.1. Evolução Histórica e Contextualização do Papel da Aliança.....                             | 2   |
| 1.2. Investigação em Aliança Terapêutica.....   | 3   |
| 1.3. Aliança Terapêutica com crianças e adolescentes.....                                       | 4   |
| 1.4. Variáveis do Psicoterapeuta com Impacto na Aliança Terapêutica.....                        | 6   |
| 2. A Emoção e o Psicoterapeuta.....   | 8   |
| 2.1. Regulação Emocional do Psicoterapeuta.....   | 8   |
| <br>  |     |
| <b>II - Método</b> .....  | 10  |
| 1. Objetivo Geral.....  | 10  |
| 2. Questões de Investigação.....  | 10  |
| 3. Participantes.....   | 11  |
| 4. Instrumentos.....  | 11  |
| 4.1. Questionário de Regulação Emocional (QRE).....   | 12  |
| 4.2. Escala de avaliação do reportório e capacidade de diferenciação<br>Emocional (EARCDE)..... | 12  |
| 5. Procedimentos de Recolha de Dados.....   | 13  |
| 6. Procedimentos de Análise de Dados.....   | 13  |

|   |    |
|---|----|
| <b>III - Resultados</b> .....   | 13 |
| 1. Variáveis Sociodemográficas e Emocionais dos Psicoterapeutas.....  | 14 |
| 2. Variáveis sociodemográficas/Emocionais do Terapeuta e Percepção dos Componentes<br>da Aliança Terapêutica..... | 16 |
| <b>IV - Discussão dos Resultados</b> .....  | 19 |
| <b>V - Conclusão</b> .....  | 22 |
| <b>Referências Bibliográficas</b> .....   | 24 |

## Índice de Tabelas

**TABELA 1.** Diferenças de género ao nível do repertório/diferenciação emocional (teste de *Mann-Whitney*)

**TABELA 2.** Diferenças entre terapeutas com diferentes modelos teóricos de referência ao nível do repertório/diferenciação emocional (teste *Mann-Whitney*)

**TABELA 3.** Diferenças de género e entre terapeutas com e sem filhos ao nível da perceção sobre as dimensões da aliança terapêutica (teste de *Mann-Whitney*)

**TABELA 4.** Diferenças entre terapeutas com e sem formação específica em psicoterapia e entre modelos teóricos de referência ao nível da perceção de aliança terapêutica (teste de *Mann-Whitney*)

## **Glossário**

**DAT** - Dimensões da Aliança Terapêutica

**DE** - Diferenciação Emocional

**EARCDE** - Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional

**QRE** - Questionário de Regulação Emocional

**RC** - Reavaliação Cognitiva

**RE** - Repertório Emocional

**SE** - Supressão Emocional

**TCC** - Terapia Cognitivo-Comportamental

## Introdução

A qualidade da aliança entre psicoterapeuta e cliente assume-se como um dos mais importantes ingredientes chave para uma psicoterapia de sucesso (Bordin, 1979). Assim, esta é uma área caracterizada pela sua eficácia no tratamento psicológico (e.g. Horvath et al., 2011). Dentro deste campo de estudo, Kazdin e Nock (2003) demonstram que a aliança terapêutica é promotora de resultados positivos na psicoterapia com crianças e adolescentes. Contudo, o número de estudos que abordam as questões da aliança terapêutica em crianças e adolescentes é substancialmente inferior ao número de estudos junto de adultos (Shirk e Karver, 2003).

Apesar dos resultados comprovarem a eficácia da aliança terapêutica para a mudança no cliente, os mecanismos subjacentes à sua atuação continuam a não ser claros. Assim, Ackerman e Hilsentroth (2003) sugerem que a investigação em psicoterapia poderá beneficiar com uma análise aprofundada da relação entre as variáveis do psicoterapeuta e a aliança. Deste modo, a investigação tem feito um esforço para compreender os fatores do psicoterapeuta que estão associados a uma maior qualidade da aliança com o cliente. Contudo, os estudos têm recaído sobre as características estáticas do psicoterapeuta, e acabam por negligenciar os traços responsáveis pela variabilidade do processo, nomeadamente os fatores emocionais (Chui et al., 2016).

Assim, este estudo pretende analisar a relação entre a perceção do psicoterapeuta das dimensões da aliança terapêutica (relação; tarefas; objetivos), as suas características sociodemográficas e a sua capacidade de regulação e diferenciação emocional em contexto de psicoterapia. Os argumentos que validam a pertinência e a atualidade deste estudo são os seguintes: necessidade da investigação em desenvolver novos estudos com amostras de crianças e adolescentes; as recentes descobertas sobre a contribuição das características do psicoterapeuta para a qualidade da aliança terapêutica; a quase inexistente investigação sobre os fatores emocionais do psicoterapeuta; a não existência de estudos sobre esta temática em Portugal, bem como a ausência de trabalhos, após a revisão da literatura, que analisassem simultaneamente os domínios propostos para este estudo. Desta forma, este constitui-se como um estudo exploratório dentro da área da aliança terapêutica com crianças e adolescentes. Os resultados são discutidos à luz da literatura revista, equacionando-se sugestões para a prática profissional de psicoterapeutas que trabalham com crianças e adolescentes e avançando-se pistas para estudos futuros nesta área.

## I - Enquadramento Teórico

### 1. Aliança Terapêutica

#### 1.1. Evolução histórica e contextualização do papel da aliança

A qualidade da aliança entre terapeuta e cliente já se assumiu como um dos mais importantes ingredientes chave, senão o mais importante, para uma psicoterapia de sucesso (Bordin, 1979). O conceito de aliança terapêutica é, atualmente, uma das matérias mais pesquisadas nas bases de dados, em 2009 mais de 7000 itens foram encontrados com a palavra-chave *alliance*. Esta área representa um campo fértil marcado por um forte investimento da comunidade científica e os resultados obtidos asseguram a inquestionável relevância que esta variável apresenta para a eficácia do tratamento psicológico (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011).

O conceito de aliança terapêutica surge no âmago da teoria psicanalítica, mais particularmente na ideia freudiana de transferência positiva (Freud, 1968, citado por Gonçalves, 2008, p. 2). Freud entende aliança terapêutica como um esforço conjunto de ambos os intervenientes do processo, onde o desejo do cliente para agradar e ganhar o afeto do terapeuta se torna o verdadeiro motivo para o seu envolvimento. Se no campo psicanalítico a transferência positiva e aliança terapêutica andam a par, na conceção humanista a empatia é o principal pilar para uma aliança forte e promissora. As teorias humanísticas têm dado especial atenção aos fatores de ordem relacional na mudança em psicoterapia. Segundo Rogers (1957), algumas condições relacionais necessitam de ser satisfeitas para que se forme uma aliança sólida e a subsequente mudança ocorra: a genuinidade do terapeuta, a compreensão empática e a aceitação positiva e incondicional do cliente. A manifestação destas características leva o cliente a sentir segurança, confiança para se abrir e confiar nos objetivos e técnicas do terapeuta. Este laço de total abertura de ambas as partes é o motivo pelo qual o cliente regressa à terapia, mesmo quando o trabalho a realizar é difícil e moroso (Swift, Greenberg & American Psychological Association, 2014).

O ponto de mudança no desenvolvimento da aliança terapêutica decorreu em meados dos anos 70, quando Lester Luborsky e Bordin redirecionaram o conceito para um entendimento mais consciente do pacto terapêutico - “trabalho em conjunto”. (Krause, Altimir & Horvath, 2011).

Grande parte das concetualizações existentes sobre aliança terapêutica baseiam-se nos trabalhos de Bordin (1979). Para este autor, a aliança é um fenômeno comum a todas as abordagens terapêuticas, que reflete a interação entre três domínios essenciais do processo terapêutico: acordo nos objetivos; atribuição de tarefas e desenvolvimento do laço terapêutico/relação. Assim, a aliança terapêutica representa a qualidade da colaboração e interação entre cliente e terapeuta dentro do processo terapêutico, sendo um fenômeno intrínseco e transversal a todas as correntes teóricas. (Ribeiro, 2009).

Na abordagem cognitivo comportamental verificou-se que os terapeutas atribuem somente um valor residual à aliança terapêutica (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker & Tsai, 2004). Desta forma, acabam por ignorar um forte preditor de sucesso (Porpottas, 2012). Lejuez e colaboradores (2006) argumentam que a aliança terapêutica deve ser valorizada e trabalhada na terapia cognitivo-comportamental, uma vez que o trabalho terapêutico mediado por uma aliança robusta desenvolve a confiança do cliente e promove a sua evolução. A abordagem cognitivo-comportamental começou já a adaptar-se e a integrar os fatores relacionais na sua prática e investigação (Kohlenberg & Tsai, 1995). Desta forma, estes fatores começam a ser encarados como a chave para a mudança comportamental do cliente (Safran & Wallner, 1991).

## **1.2. Investigação em aliança terapêutica**

A aliança terapêutica conta já com um vasto campo de investigação. Com o aumento da pesquisa na área, os investigadores têm vindo a desenvolver esforços para compreender, não apenas as técnicas utilizadas pelos terapeutas, mas também como intervir e alterar certas características sociais, emocionais e comportamentais do cliente. Devido à sua importância para o processo terapêutico, são já inúmeros os estudos e as meta-análises que associam a aliança aos resultados da psicoterapia (Kazdin, 2007; Baldwin & Del Re, 2016; Flückiger et al., 2012; Miller et al., 2013; Haug et al., 2016). As investigações elencadas avaliam desde a relação entre processo e resultados, como independentemente nos apresentam variáveis como: natureza da aliança; diferentes medidas de avaliação; espectro de tratamentos; preocupações do terapeuta e do cliente; minorias raciais/étnicas; e contextos socioculturais. Assim sendo, várias áreas estão a ser estudadas por forma a compreender os moderadores que influenciam a transmutação positiva do cliente através da aliança terapêutica (Martin, Garske & Davis, 2000; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006; Krause, Altimir & Horvath, 2011). No âmbito da psicoterapia, Marmar, Gaston, Gallagher e Thompson (1989), concluíram que a aliança

terapêutica é promotora de bons resultados na intervenção cognitivo-comportamental. No que concerne à terapia de casal, Anker e colaboradores (2010), verificaram, com algum nível de detalhe, diferenças de gênero e influência do parceiro na relação terapêutica. As conclusões deste estudo validam a importância de um considerável número de variáveis/respostas, da tríade terapêutica, para a aliança terapêutica. Um dos fenômenos mais impactantes em psicoterapia, com um alto potencial devastador, tanto para o cliente como para o psicoterapeuta, é o *drop-out*. Em 2010, Sharf, Primavera e Diener elaboraram uma meta-análise sobre a relação entre *drop-out* e aliança terapêutica, baseada em onze estudos. Os autores encontraram uma relação moderada a forte entre estas duas variáveis. Tal como esperado, os clientes que experienciam uma relação terapêutica de menor qualidade apresentam um risco mais elevado de abandono do processo terapêutico.

Por último, merecem destaque cinco elementos base da aliança terapêutica corroborados pela investigação, elencados por Castonguay, Constantino e Hotforth (2006). Talvez o ponto mais importante, que surge no seguimento de um número considerável de estudos, seja o de que a aliança terapêutica está positivamente correlacionada com a mudança em psicoterapia, independentemente da abordagem ou da questão clínica; a literatura empírica indica que existem relações positivas ou negativas entre determinadas características do terapeuta e aliança terapêutica; através dos inúmeros instrumentos já existentes, medir a aliança nos momentos iniciais da psicoterapia pode ser particularmente preditor do seu resultado.

### **1.3. Aliança terapêutica com crianças e adolescentes**

A aplicação do conceito de aliança terapêutica ao contexto da intervenção psicoterapêutica com crianças e adolescentes surge com os trabalhos de Anna Freud (1946). Contudo, a investigação aprofundada nesta área é relativamente recente, sendo referido em 2003, por Shirk e Karver, existir uma grande discrepância entre o número de estudos em aliança com adultos e estudos em aliança com crianças e adolescentes.

Como já referido, hoje sabe-se que a aliança terapêutica com adultos é impulsionada pelo acordo de objetivos e tarefas. Em contraste, na psicoterapia com crianças e adolescentes, estes componentes não deverão representar a prioridade do psicoterapeuta, pois é natural que grande parte das crianças e muitos dos adolescentes não possuam ainda as capacidades cognitivas necessárias para os compreenderem (Bordin, 1979). Melhor dizendo, as crianças e adolescentes podem não dispor de recursos cognitivos suficientemente elaborados para

compreenderem a conexão entre tarefas e objetivos. Esta hipótese é suportada pelo trabalho de Shirk e Saiz (1992) que, através de uma perspectiva um pouco diferente, salientam que a aliança terapêutica tem tendência para ser mais forte quanto maior for a capacidade de *insight* da criança. Uma outra resistência apontada pela literatura na terapia de adolescentes é a provável colisão entre a autoridade do terapeuta e o emergente sentido de *self* do jovem (Diamond, Diamong e Levy, 2014).

Assim, as crianças e adolescentes parecem estar menos propensos a chegar a um acordo em relação ao estabelecimento de objetivos e metas comparativamente à população adulta. Desta forma, DiGiuseppe e colaboradores (1996) alertam para o facto de várias intervenções tradicionais porem de parte o campo dos objetivos e tarefas na psicoterapia com crianças e adolescentes. Assim sendo, os autores sugerem três abordagens para enfrentar este tipo de problema. A primeira estratégia foca os conteúdos emocionais e a identificação da relação entre emoções e determinados comportamentos padronizados; a segunda visa a mudança de comportamentos e a terceira compreende um conjunto de técnicas que visam a mudança de crenças no próprio indivíduo. Estas três estratégias compreendem uma combinação de ensinamentos de literacia emocional, treino de resolução de problemas e estratégias para superar a resistência interna.

Na investigação de Bickman e colaboradores (2004), estes chegaram à conclusão de que a aliança aparenta ser mais importante em contextos de saúde mental com crianças do que propriamente com adultos. Os autores explicam que os adultos procuram ajuda voluntariamente, enquanto a maioria das crianças e adolescentes chegam à consulta psicológica por intermédio dos pais ou instituições.

De acordo com Shirk, Karver e Brown (2011), os pais ou familiares próximos da criança suportam a realização das tarefas fora da terapia. Desta forma, torna-se necessário que a relação com os familiares seja uma relação positiva, pois a participação ativa dos mesmos no processo terapêutico potencia não só os bons resultados, como permite o treino de competências parentais (Hawley & Weisz, 2005). Nos casos das crianças e adolescentes que apresentam dilemas com familiares próximos, a necessidade de uma aliança positiva com os mesmos torna-se ainda mais valiosa (Shirk & Saiz, 1992). Em 2005, Kazdin, Marciano e Whitley demonstraram que uma relação terapêutica eficaz fomenta estratégias de resolução e induz um bom prognóstico em crianças problemáticas.

Remetendo agora para o panorama da investigação em aliança terapêutica com crianças e adolescentes na terapia cognitivo-comportamental (TCC), este é ainda, de certo modo, restrito. Segundo Shirk e colaboradores (2008), a aliança na TCC poderá ser maximizada dando ênfase aos “fatores comuns” (apoio, atenção, empatia, calor e aceitação), em detrimento dos tratamentos que conferem primazia a fatores técnicos específicos. Não obstante, neste mesmo estudo, os autores verificaram uma associação significativa entre aliança e o êxito na TCC para adolescentes diagnosticados com depressão (Shirk et al., 2008). No que respeita à abordagem sistêmica, esta tenta integrar todas as figuras principais da vida da criança/adolescente numa forma de aliança generalizada (Pinsof & Catherall, 1986).

#### **1.4. Variáveis do psicoterapeuta com impacto na aliança terapêutica**

Como já foi referido, a base para uma aliança terapêutica eficaz reside no estabelecimento de uma relação colaborativa e significativa entre cliente e terapeuta. Atualmente, a investigação tem-se questionado sobre a forma como a relação se desenvolve e quais são os fatores mais relevantes para otimizar os resultados em psicoterapia (Asay & Lambert 2002). Os agentes que se encontram diretamente ligados com a aliança e com os resultados terapêuticos são denominados por *fatores comuns*. Estes explicam cerca de 30% da variância do processo (Lambert & Barley, 2001).

A investigação nesta área sugere que a capacidade do psicoterapeuta em desenvolver e manter a aliança está associada a bons resultados em psicoterapia (Baldwin et al., 2007; Zuroff et al., 2010; Haug et al., 2016). Nesta linha de pensamento, Flückiger e colaboradores (2012) concluem na sua meta-análise que a qualidade da aliança entre psicoterapeuta e cliente está primeiramente associada às ações e características dos terapeutas. Em relação à psicoterapia com crianças/adolescentes, Shirk e Karver (2003) sugerem que o psicoterapeuta é o principal ator da díade para um bom prognóstico. Por conseguinte, o poder da aliança terapêutica, em concomitância com os efeitos do psicoterapeuta, assume-se como um dos mais fortes e robustos preditores de sucesso em psicoterapia (Wampold, 2001, citado por Horvath et al., 2011, p.15).

Um dos primeiros e mais conceituados autores a enfatizar a importância de determinadas condições específicas e facilitadoras no psicoterapeuta foi Rogers (1957). Várias são as investigações que confirmam a eficácia dos seus três pré-requisitos (entendimento empático, reforço positivo incondicional e genuinidade) para a mudança do cliente. Assim sendo, a investigação tem feito um esforço para averiguar que características do psicoterapeuta

mais contribuem para a formação/manutenção da aliança, as conclusões são as seguintes: aceitação, confiança e validação da experiência do cliente (Krause, Altimir & Horvath, 2011); altruísmo (Lafferty, Beutler & Crago, 1989); nutrição de expectativas e esperança (Baldwin et al., 2007); nível de competência e aderência do psicoterapeuta (Weck et al., 2015; Olivares et al., 2015; Haug et al., 2016); contacto visual e inclinação do corpo em relação ao cliente (Dowell & Berman, 2013); capacidade de ser acrítico face ao cliente (Weber, 2007); empatia e calor (Karver, et al., 2006) e expressividade (Wogan, 1970). Num dos principais estudos nesta área, Ackerman e Hilsenroth (2003) listam diversas características promotoras da relação terapêutica, tais como: flexibilidade, respeito, genuinidade, abertura, empatia, confiabilidade, honestidade, segurança, interesse, amizade e atenção. Por outro lado, podemos também encontrar determinadas atitudes no psicoterapeuta contraproducentes para a aliança e para os resultados, dentro das quais se destacam as seguintes: crítica e dificuldade em reconhecer emoções ignorando ou minimizando sentimentos (Karver et al., 2008); ambivalência, dúvida e auto-crítica (Mallinckrodt & Nelson, 1991); revelação dos conflitos pessoais em terapia, inflexibilidade, uso inapropriado do silêncio, insensibilidade, rigidez, retração, dogmatismo, desrespeito, auto-focalização (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

No que concerne às características sociodemográficas do psicoterapeuta, com exceção da experiência profissional, a maioria dos estudos revistos não encontrou qualquer relação entre a orientação teórica, sexo, idade e os resultados no cliente (Huppert et al., 2001; Vocisano et al., 2004). No que respeita à relação entre características sociodemográficas e aliança terapêutica, a orientação teórica, a idade e o sexo (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Manne et al., 2012), também não apresentam qualquer correlação. Foi encontrado apenas um estudo que identificou uma associação entre género, idade, experiência e relação terapêutica (Carmel & Friedlander, 2009). Deve ser destacado que este campo de pesquisa conta ainda com um número bastante limitado de estudos publicados.

Da revisão da literatura efetuada, surgiram duas características *sui generis* do psicoterapeuta que merecem destaque. É proposto que os psicoterapeutas mais eficazes são aqueles que partilham um sentido de investimento e entusiasmo na relação terapêutica (Miller, Hubble & Duncan, 2008; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Vandenberghe & Silvestre, 2014) e que estão mais despertos para possíveis ruturas na aliança terapêutica (Robinson, 2009).

## 2. A Emoção e o Psicoterapeuta

### 2.1. Regulação emocional do psicoterapeuta

Várias são as características do psicoterapeuta relevantes para a condução de um processo terapêutico eficaz. A maioria da literatura sobre os fatores do psicoterapeuta foca as suas características estáveis de sessão para sessão. Neste âmbito, a atenção exclusiva nos fatores do psicoterapeuta acaba por negligenciar os traços (nível emocional e afetividade) que são responsáveis pela variabilidade do processo a longo prazo (Chui et al., 2016). Na sua obra, Ribeiro (2009) refere que durante a vida profissional de um psicoterapeuta, é habitual que este encontre diversos casos de extrema exigência emocional. Este facto, juntamente com as evidências de que existe uma associação entre desgaste emocional, clientes emocionalmente exigentes e sentimentos de insegurança no psicoterapeuta pode colocar em risco a qualidade e os resultados da psicoterapia (Hoffart et al., 2006). Em acréscimo, se o desgaste emocional for acompanhado por sucessivas experiências traumáticas, o risco de o psicoterapeuta sofrer uma traumatização vicariante - mudanças das conceções sobre o *self*, os outros e o mundo - torna-se uma possibilidade real (Pearlman & Mac Ian, 1995). Assim, a importância de um psicoterapeuta se manter psicologicamente saudável não se reflete só no próprio, os estudos indicam que a experiência emocional do cliente está fortemente relacionada com a sua perceção do estado emocional do psicoterapeuta (Saunders, 1999).

O bem-estar emocional do terapeuta tem vindo a ser estudado através do *stress* percebido. A investigação tem vindo a concluir que a qualidade da aliança terapêutica apresenta uma relação positiva com o nível de satisfação pessoal e uma relação inversa com o nível de *stress* e carga emocional negativa do psicoterapeuta (Briggs & Munley, 2008; Gnilka, Chang & Dew, 2012; Nissen-Lie et al., 2013). Num estudo marcante nesta área, Mahoney (1997) reporta que metade da sua amostra de 155 psicoterapeutas apresentava exaustão emocional, sintomas de ansiedade e depressão.

Uma outra área que tem vindo a ser estudada são as reações emocionais no psicoterapeuta, que contemplam os fenómenos de contratransferência, nível de consciência emocional e respostas a emoções expressas do cliente (e.g. Tishby & Wiseman, 2014; Campbell e Simmonds, 2011; Smith et al., 2007).

No que respeita à contratransferência, esta subentende todas as reações internas e externas do terapeuta, moldadas pelas vulnerabilidades e pelos conflitos emocionais do passado e do presente (Hayes, Gelso & Hummel, 2011). A investigação têm chegado à conclusão que a

contratransferência está negativamente relacionada com a aliança terapêutica e com os resultados do cliente (Tishby & Wiseman, 2014; Ligiéro & Gelso, 2002). No que concerne à autoconsciência emocional, Campbell e Simmonds (2011) concluíram que um elevado reconhecimento emocional do psicoterapeuta apresenta-se como um bom suporte para a aliança terapêutica com crianças e adolescentes. O facto de as emoções sentidas pelo terapeuta corresponderem a pistas importantes para aquilo que os clientes estão a experienciar, demonstra a relevância desta variável para a psicoterapia (Howard, Orlinsky & Hill, 1969; Machado, Beutler & Greenberg, 1999). Dentro deste campo, a capacidade para diferenciar e regular as emoções são essenciais para o ser humano entender e gerir as emoções experienciadas (Barett et al., 2001). Assim, psicoterapeutas que disponham de uma capacidade aumentada para discriminar as tonalidades do seu espectro emocional são mais capazes de compreender o que estão a sentir durante uma experiência emocionalmente ativadora (Barret & Fossum, 2001). No domínio interpessoal, esta capacidade demonstra propriedades particularmente interessantes, pois não só está associada à compreensão empática como também a consegue potenciar (Kang & Shaver, 2004).

No que diz respeito aos efeitos do cliente no psicoterapeuta, Smith e colaboradores (2007) concluíram que depois de os terapeutas sentirem fortes emoções negativas em terapia, as suas respostas cognitivas tendiam para padrões de ruminação mental. Assim, é crucial que o psicoterapeuta regule adequadamente a sua resposta emocional nos momentos de maior ativação emocional negativa. O conceito de regulação emocional é definido como um conjunto de respostas e estratégias através das quais o indivíduo influencia a intensidade e a expressão das emoções vivenciadas (Gross, 1998). Nesta linha, a modificação da construção de significado, mais conhecido por reavaliação cognitiva, assume-se como uma das estratégias mais eficientes na gestão das emoções (Greenberg, 2002). A investigação sugere que uma regulação emocional ineficiente leva a consequentes eventos emocionais, cognitivos e comportamentais desajustados que, por sua vez, colocam em risco a adaptação do indivíduo à situação (Garber & Dodge, 1991, citado por Vaz, 2009). No que diz respeito às reações emocionais direcionadas ao cliente, Westra e colaboradores (2012) sugerem que a abertura emocional do psicoterapeuta é um preditor robusto para o compromisso do cliente. No que concerne à psicoterapia com crianças, a expressão emocional autêntica e assertiva tem o potencial para estimular a capacidade de auto-regulação emocional da criança (Dion et al., 2014).

Em suma, a investigação salienta que um psicoterapeuta emocionalmente desequilibrado está longe de conseguir corresponder às exigências do cliente e do processo terapêutico. Se esta desregulação atingir um nível demasiado alto, o psicoterapeuta poderá deixar de conseguir sintonizar-se com a experiência interna de ambos os elementos da díade (Ribeiro, 2009). Sendo assim, e uma vez que o terapeuta de crianças e adolescentes se afigura como o principal ator da díade para a construção de uma aliança de qualidade (Shirk & Karver, 2003), depreende-se que a sua capacidade para regular os seus fenómenos emocionais constitui-se como extremamente relevante no desenvolvimento da relação e para os resultados terapêuticos. Deste modo, devido à ainda pouca investigação conduzida sobre a relação entre os fatores emocionais e o seu impacto na aliança terapêutica (Chui et al., 2016), o presente estudo visa contribuir para o avanço da literatura neste domínio.

## **II - Método**

### **1. Objetivo Geral**

Conforme referido, a aliança terapêutica tem vindo a demonstrar a sua eficácia para a mudança no cliente; contudo, os mecanismos subjacentes à sua atuação continuam a não ser claros para a investigação. Desta forma, Ackerman e Hilsentroth (2003) sugerem que a investigação em psicoterapia poderá beneficiar de uma análise aprofundada da relação entre as variáveis do psicoterapeuta e a aliança. Assim, este estudo pretende analisar a relação entre a perceção do psicoterapeuta das dimensões da aliança terapêutica (DAT), as suas características sociodemográficas e a sua capacidade de regulação e diferenciação emocional no contexto da psicoterapia com crianças e adolescentes.

### **2. Questões de Investigação**

1) De que forma a perceção das dimensões de aliança terapêutica se associa com o repertório/diferenciação emocional e estratégias de regulação emocional do psicoterapeuta?

2) De que modo a perceção das dimensões da aliança terapêutica se associa com as características sociodemográficas do psicoterapeuta?

3) De que forma é que as características sociodemográficas do psicoterapeuta se associam com o seu repertório/diferenciação emocional e estratégias de regulação emocional?

4) De que modo é que as características sociodemográficas do psicoterapeuta se inter-relacionam?

### **3. Participantes**

O número total de participantes deste estudo corresponde a 40 psicoterapeutas de crianças e/ou adolescentes, entre os quais 34 do género feminino (85%) e 6 do género masculino (15%), com uma média de idades de 37.05 anos ( $DP = 8.84$ ). O número de participantes com filhos é de 18 (45%), sendo que 22 não têm filhos (55%). O número de participantes com ou em formação específica em psicoterapia é de 20 (50%), sendo que 18 não têm formação específica (45%), e dois terapeutas não responderam. O número de participantes que utilizam o modelo psicodinâmico é de 14 (35%), cognitivo-comportamental é de 24 (60%), sendo que dois terapeutas referiram outros modelos (5%). A média de anos de experiência profissional na amostra é de 11.90 ( $DP = 8.09$ ), variando entre 1 e 33 anos de experiência. O número médio de casos atendidos por semana é de 13.95 ( $DP = 13.90$ ), variando entre 1 e 80 casos. Para a avaliação das dimensões da aliança terapêutica com o cliente, cada psicoterapeuta forneceu informação relativa a um cliente entre os 7 e os 17 anos, com o qual já tivesse completado um mínimo de 7 sessões. A amostra é de conveniência (Ribeiro, 1999) tendo como principal critério de inclusão o facto de serem psicoterapeutas que trabalham com crianças e adolescentes.

### **4. Instrumentos**

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário de autorrelato, direcionado para psicoterapeutas de crianças e/ou adolescentes. O questionário foi composto por duas partes distintas. A primeira foi destinada à caracterização sociodemográfica e clínica do cliente, através do relato do psicoterapeuta (dados sociodemográficos sobre a última criança ou adolescente que esteve em psicoterapia e que cumprisse o critério de inclusão). Na segunda parte, foram recolhidos dados sobre a perceção do psicoterapeuta sobre os três componentes da aliança terapêutica (tarefas, objetivos e relação; Bordin, 1979) introduzidos em 3 escalas com valores de 1 a 10. Foi solicitado que o terapeuta, em cada dimensão, avaliasse o cliente, tomando como referência o melhor e pior cliente da sua experiência profissional. De seguida, foram

recolhidas certas características sociodemográficas do psicoterapeuta (género, idade estado civil, filhos, anos de experiência profissional, contexto de intervenção, formação específica em psicoterapia, modelo teórico de referência, realização e competência profissional) e fatores emocionais (regulação/expressão emocional e repertório/capacidade de diferenciação emocional) com relevância para este estudo. A recolha dos fatores emocionais realizou-se através dos seguintes instrumentos.

#### **4.1. Questionário de regulação emocional (QRE)**

O questionário de Regulação Emocional (QRE) foi originalmente desenvolvida por Kang e Shaver (2004) e adaptado para a população Portuguesa por Vaz e Martins em 2008 (Vaz, 2009). Para o presente estudo, cada item da versão original portuguesa sofreu um ajuste, por forma a avaliar a regulação emocional do psicoterapeuta especificamente no contexto da psicoterapia. O QRE é um instrumento de autorrelato composto por 10 itens formatados numa escala de *Likert* de 7 pontos. Este instrumento é composto pela subescala de Reavaliação Cognitiva (RC) destinada a avaliar a estratégia reavaliação cognitiva. Esta é composta por 5 itens, apresentando o valor de 0.76 de alfa de Cronbach (níveis de consistência interna) e pela subescala de Supressão Emocional (SE), destinada a avaliar o nível de anulação da expressão emocional, composta por 5 itens e apresentando um valor de 0.65 de alfa de Cronbach.

#### **4.2. Escala de avaliação do repertório e capacidade de diferenciação emocional (EARCDE)**

A Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional foi originalmente concebida por Gross e John (2003) e adaptada para a população Portuguesa por Vaz e Martins em 2008 (Vaz, 2009). A EARCDE é um instrumento de autorrelato composto por 14 itens formatados numa escala *Likert* de 7 pontos. Este instrumento é composto por duas subescalas: o Repertório Emocional (RE), que avalia o repertório de diferentes emoções experienciadas pelo indivíduo, composta por 6 itens e com um valor de 0.63 de alfa de Cronbach; e Diferenciação Emocional (DE), que avalia a capacidade do indivíduo para diferenciar emoções similares, composta por 8 itens e com um valor de alfa de Cronbach de 0.82.

## **5. Procedimentos de Recolha de Dados**

Os dados foram recolhidos *online*, através de uma plataforma eletrónica, tendo os psicoterapeutas sido convidados a participar no estudo através de mensagens de *e-mail*. Na introdução do questionário, foram contemplados os seguintes pontos: questões de confidencialidade e sigilo profissional, consentimento informado e objetivos de estudo. Ainda na introdução foi disponibilizado o *e-mail* do orientador da dissertação, no caso dos participantes precisarem de um esclarecimento adicional. No que respeita ao corpo do questionário, este foi integrado pelos seguintes elementos: dados sociodemográficos, ficha de diagnóstico e história clínica da criança/adolescente; perceção do psicoterapeuta sobre as DAT (conforme referido acima), caracterização sociodemográfica do psicoterapeuta e os dois instrumentos de avaliação dos processos emocionais no psicoterapeuta.

## **6. Procedimentos de Análise de Dados**

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS, versão 23. Para o tratamento de dados os testes utilizados foram: o coeficiente de correlação de Spearman para averiguar a associação entre duas ou mais variáveis, o teste de *Mann-Whitney* para a análise de diferenças *inter*-sujeitos e grupos independentes e, por fim, medidas descritivas e de frequência para aferir médias e frequências. A opção por testes não paramétricos deveu-se à verificação que as variáveis dependentes não seguiam uma distribuição normal na amostra, de acordo com os resultados do teste de *Shapiro-Wilk*. Para efeitos de análise, os resultados com um nível de  $p < .05$  foram considerados significativos, e para um nível de  $p < .1$  marginalmente significativos (Martins, 2011).

## **III - Resultados**

No primeiro subcapítulo deste estudo serão apresentadas somente as correlações significativas entre as variáveis sociodemográficas/emocionais dos psicoterapeutas. No subcapítulo 2, apresentam-se os resultados relativos à aliança terapêutica.

## 1. Variáveis Sociodemográficas e Emocionais dos Psicoterapeutas

Não se verificaram diferenças de género ao nível da estratégia psicológica Reavaliação Cognitiva,  $U = 74.50$ ,  $p = .445$  (Tabela 1). Não foram encontradas diferenças de género ao nível da estratégia psicológica Supressão Emocional,  $U = 96.50$ ,  $p = .835$  (Tabela 1). Foram encontradas diferenças marginalmente significativas entre os terapeutas do Género Masculino e Feminino ao nível do seu Repertório emocional,  $U = 54.00$ ,  $p = .068$  (Tabela 1), sendo que os terapeutas do género feminino apresentaram valores superiores aos do género masculino, não se verificando diferenças de género ao nível da Capacidade de Diferenciação Emocional,  $U = 69.00$ ,  $p = .297$  (Tabela 4).

**Tabela 1.** Diferenças de género ao nível do repertório/diferenciação emocional (teste de *Mann-Whitney*)

|                       | Género                           |                                  | <i>U</i> |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
|                       | Masculino<br>(n=6)<br>Média (DP) | Feminino<br>(n=34)<br>Média (DP) |          |
| <b>Reav_Cognitiva</b> | 21.00 (5.176)                    | 22.90 (6.177)                    | 74.50    |
| <b>Supr_Emocional</b> | 15.83 (3.656)                    | 15.85 (5.040)                    | 96.50    |
| <b>Rep_Emocional</b>  | 30.33 (5.046)                    | 34.14 (4.619)                    | 54.00†   |
| <b>Dif_Emocional</b>  | 41.16 (6.210)                    | 43.43 (6.495)                    | 69.00    |

†  $p < .1$

No que diz respeito aos modelos terapêuticos seguidos pelos terapeutas que participaram no estudo, foram comparados apenas os terapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos, uma vez que os terapeutas que referiram utilizarem outros modelos eram em número muito reduzido ( $n=2$ ). Foram encontradas diferenças significativas entre terapeutas que utilizam o Modelo Cognitivo-Comportamental e terapeutas que utilizam o modelo Psicodinâmico ao nível da estratégia psicológica Reavaliação Cognitiva,  $U = 67.50$ ,  $p = .007$ , sendo que os terapeutas que recorrem ao modelo cognitivo-comportamental apresentam níveis superiores desta estratégia (Tabela 2). Não há diferenças significativas entre os terapeutas que utilizam o Modelo Cognitivo-Comportamental e os que utilizam o modelo Psicodinâmico ao nível da estratégia psicológica Supressão Emocional,  $U = 128.50$ ,  $p = .231$  (Tabela 2). Não foram encontradas diferenças significativas entre os terapeutas que utilizam o Modelo Cognitivo-Comportamental e os que utilizam o modelo Psicodinâmico ao nível do Repertório

Emocional,  $U = 132.50$ ,  $p = .280$  (Tabela 2). Não há diferenças significativas entre os terapeutas que utilizam o Modelo Cognitivo-Comportamental e os que utilizam o modelo Psicodinâmico ao nível da Diferenciação Emocional,  $U = 111.50$ ,  $p = .167$  (Tabela 2).

**Tabela 2.** Diferenças entre terapeutas com diferentes modelos teóricos de referência ao nível do repertório/diferenciação emocional (teste *Mann-Whitney*)

|                       | Modelo Teórico de Referência |                      | <i>U</i> |
|-----------------------|------------------------------|----------------------|----------|
|                       | Cognitivo-Comp.              | Psicodinâmico        |          |
|                       | (n=24)<br>Média (DP)         | (n=14)<br>Média (DP) |          |
| <b>Reav_Cognitiva</b> | 24.28 (4.951)                | 18.92 (5.608)        | 67.50**  |
| <b>Supr_Emocional</b> | 16.45 (4.606)                | 14.78 (5.264)        | 128.50   |
| <b>Rep_Emocional</b>  | 34.33 (4.806)                | 33.07 (4.497)        | 132.50   |
| <b>Dif_Emocional</b>  | 43.95 (7.087)                | 41.50 (5.626)        | 111.50   |

\*\*  $p < .01$

No que se refere à associação entre variáveis sociodemográficas e dimensões emocionais, serão apenas reportados resultados que apresentaram significância estatística. Verificou-se uma correlação positiva, marginalmente significativa entre a idade dos terapeutas e o grau de realização profissional percebido,  $r_s = .275$ ,  $p = .086$ . Há uma correlação positiva, marginalmente significativa, entre a idade dos terapeutas e o grau de competência percebido,  $r_s = .284$ ,  $p = .075$ . Há uma correlação positiva, marginalmente significativa entre o grau percebido de realização profissional e o grau da estratégia supressão emocional,  $r_s = .269$ ,  $p = .093$ . Verificou-se ainda uma correlação negativa, marginalmente significativa, entre o número de casos atendidos por semana e o grau da estratégia diferenciação emocional,  $r_s = -.290$ ,  $p = .082$ . Finalmente, foi encontrada uma correlação positiva e significativa entre o grau de realização profissional percebido pelos terapeutas e o seu grau de competência percebida,  $r_s = .491$ ,  $p = .001$

## 2. Variáveis sociodemográficas/Emocionais do Terapeuta e Percepção dos Componentes da Aliança Terapêutica

Não foram encontradas diferenças significativas entre terapeutas do Gênero Masculino e do Gênero Feminino ao nível da percepção das dimensões Relação ( $U = 76.50, p = .311$ ), Tarefas ( $U = 79.00, p = .362$ ) e Objetivos ( $U = 75.00, p = .294$ ) da aliança Terapêutica (Tabela 3). Do mesmo modo, os terapeutas com e sem filhos não apresentaram diferenças significativas no nível das dimensões Relação ( $U = 188.50, p = .787$ ), Tarefas ( $U = 179.50, p = .599$ ) e Objetivos ( $U = 181.50, p = .645$ ) da aliança Terapêutica (Tabela 3).

**Tabela 3.** Diferenças de gênero entre terapeutas com e sem filhos ao nível da percepção sobre as dimensões da aliança terapêutica (teste de *Mann-Whitney*)

|                  | Gênero                           |                                  | <i>U</i> | Filhos                      |                             | <i>U</i> |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|-----------------------------|-----------------------------|----------|
|                  | Masculino<br>(n=6)<br>Média (DP) | Feminino<br>(n=34)<br>Média (DP) |          | Não<br>(n=22)<br>Média (DP) | Sim<br>(n=18)<br>Média (DP) |          |
| <b>Relação</b>   | 7.67 (1.211)                     | 8.09 (1.379)                     | 76.50    | 8.09 (1.065)                | 7.94 (1.662)                | 188.50   |
| <b>Tarefas</b>   | 8.17 (1.329)                     | 7.68 (1.273)                     | 79.00    | 7.91 (1.151)                | 7.56 (1.423)                | 179.50   |
| <b>Objetivos</b> | 7.17 (1.169)                     | 7.59 (1.672)                     | 75.00    | 7.73 (1.279)                | 7.28 (1.934)                | 181.50   |

Não foram encontradas diferenças significativas entre ter ou não formação específica ao nível do grau da percepção na componente Relação ( $U = 148.50, p = .335$ ), Tarefas ( $U = 151.50, p = .384$ ) e Objetivos ( $U = 145.00, p = .295$ ) da aliança Terapêutica (Tabela 4). Do mesmo modo, não foram identificadas diferenças significativas entre terapeutas que utilizam o modelo Cognitivo-Comportamental e Psicodinâmico ao nível do grau da percepção na componente Relação ( $U = 160.00, p = .799$ ), Tarefas ( $U = 153.00, p = .635$ ) e Objetivos ( $U = 148.00, p = .535$ ) da aliança Terapêutica (Tabela 4).

**Tabela 4.** Diferenças entre terapeutas com e sem formação específica em psicoterapia e entre modelos teóricos de referência ao nível da percepção de aliança terapêutica (teste de *Mann-Whitney*)

|                  | Formação Específica         |                             | <i>U</i> | Modelo Teórico de Referência               |                                       | <i>U</i> |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|--|---------------------------------------|----------|
|                  | Não<br>(n=18)<br>Média (DP) | Sim<br>(n=20)<br>Média (DP) |          | Cognitivo-<br>comp<br>(n=24)<br>Média (DP) | Psicodinâmico<br>(n=14)<br>Média (DP) |          |
| <b>Relação</b>   | 8.00 (.907)                 | 8.05(1.731)                 | 148.50   | 8.00 (1.445)                               | 8.14 (1.292)                          | 160.00   |
| <b>Tarefas</b>   | 8.00 (.767)                 | 7.55(1.638)                 | 151.50   | 7.71 (1.429)                               | 7.86 (1.099)                          | 153.00   |
| <b>Objetivos</b> | 7.39 (1.378)                | 7.70(1.867)                 | 145.00   | 7.58 (1.792)                               | 7.50 (1.401)                          | 148.00   |

No que respeita aos resultados das correlações de Spearman entre a percepção do psicoterapeuta sobre as DAT e os valores das subescalas RC e SE do questionário QRE, os resultados indicaram que não há correlação entre o grau de percepção de relação na Aliança Terapêutica e o grau da estratégia reavaliação cognitiva,  $r_s = -.204$ ,  $p = .227$ . Foi encontrada uma correlação negativa, marginalmente significativa, entre o grau de percepção de tarefas na Aliança Terapêutica e o grau da estratégia reavaliação cognitiva,  $r_s = -.320$ ,  $p = .053$ . Não há correlação entre o grau de percepção de objetivos na Aliança Terapêutica e o grau da estratégia reavaliação cognitiva,  $r_s = .139$ ,  $p = .411$ . Não há correlação entre o grau de percepção de relação na Aliança Terapêutica e o grau da estratégia supressão emocional,  $r_s = -.061$ ,  $p = .711$ . Não há correlação entre o grau de percepção de tarefas na Aliança Terapêutica e o grau da estratégia supressão emocional,  $r_s = .134$ ,  $p = .408$ . Finalmente, não há correlação entre o grau de percepção de objetivos na Aliança Terapêutica e o grau da estratégia supressão emocional,  $r_s = .003$ ,  $p = .987$ .

No que diz respeito aos resultados das correlações de Spearman entre a percepção do psicoterapeuta sobre as DAT e os valores das subescalas RE e DE, do questionário EARCDE, não há correlação entre o grau de percepção de relação na Aliança Terapêutica e o grau do repertório emocional,  $r_s = .203$ ,  $p = .208$ . Também não foi encontrada uma correlação significativa entre o grau de percepção de tarefas na Aliança Terapêutica e o grau do repertório emocional,  $r_s = -.028$ ,  $p = .863$ . Há uma correlação positiva, marginalmente significativa, entre o grau de percepção objetivos na Aliança Terapêutica e o grau de repertório emocional,  $r_s = .271$ ,  $p = .091$ . Não há correlação entre o grau de percepção de relação na Aliança Terapêutica e o grau de diferenciação emocional,  $r_s = -.069$ ,  $p = .683$ . Não há correlação entre o grau de

percepção de tarefas na Aliança Terapêutica e o grau de diferenciação emocional,  $r_s = -.028$ ,  $p = .870$ . Há uma correlação positiva e significativa entre o grau de percepção objetivos na Aliança Terapêutica e o grau de diferenciação emocional,  $r_s = .271$ ,  $p = .033$ .

No que respeita aos resultados das correlações de Spearman entre a percepção do psicoterapeuta sobre as DAT e os valores das escalas “quanto se sente realizado com a sua profissão” e “quanto se sente competente no exercício da sua profissão”, verificou-se uma correlação positiva e significativa entre o grau de percepção de relação na Aliança Terapêutica e o grau de realização profissional,  $r_s = .354$ ,  $p = .025$ . Há uma correlação positiva e significativa entre o grau de percepção de tarefas na Aliança Terapêutica e o grau de realização profissional,  $r_s = .330$ ,  $p = .038$ . Há uma correlação positiva marginalmente significativa entre o grau de percepção objetivos na Aliança Terapêutica e o grau de realização profissional,  $r_s = .298$ ,  $p = .062$ . Há uma correlação positiva e significativa entre o grau de percepção de relação na Aliança Terapêutica e o grau de competência profissional,  $r_s = .444$ ,  $p = .004$ . Não há correlação entre o grau de percepção de tarefas na Aliança Terapêutica e o grau de competência profissional,  $r_s = .150$ ,  $p = .355$ . Há uma correlação positiva e significativa entre o grau de percepção objetivos na Aliança Terapêutica e o grau de competência profissional,  $r_s = .337$ ,  $p = .033$ .

No que concerne aos resultados das correlações de Spearman entre a percepção do psicoterapeuta sobre as DAT e os valores da variável idade, não há correlação entre a idade dos terapeutas e o grau de percepção de relação,  $r_s = .134$ ,  $p = .408$ , tarefas,  $r_s = -.089$ ,  $p = .584$  e objetivos na Aliança Terapêutica,  $r_s = .079$ ,  $p = .626$ .

No que respeita aos resultados das correlações de Spearman entre a percepção do psicoterapeuta sobre as DAT e os valores da variável “número médio de casos que costuma seguir por semana”, não há correlação entre esta variável e as dimensões de relação,  $r_s = .121$ ,  $p = .464$ , tarefas,  $r_s = -.082$ ,  $p = .619$  e objetivos na Aliança Terapêutica,  $r_s = .035$ ,  $p = .830$ .

No que respeita aos resultados das correlações de Spearman entre a percepção do psicoterapeuta sobre as DAT e o número de anos de experiência profissional dos terapeutas, também não foram encontradas correlações entre esta variável e os valores de percepção de relação,  $r_s = .052$ ,  $p = .750$ , tarefas,  $r_s = -.082$ ,  $p = .615$  e objetivos na Aliança Terapêutica,  $r_s = .008$ ,  $p = .963$ .

#### IV - Discussão dos Resultados

O objetivo central deste estudo consistiu na análise da relação entre três domínios, nomeadamente, a percepção do psicoterapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica na terapia com jovens, fatores emocionais e características sociodemográficas do mesmo. Assim sendo, tentou-se perceber de que forma determinadas características sociodemográficas e emocionais do psicoterapeuta impactam a sua percepção de aliança terapêutica. Por forma a facilitar a leitura da informação obtida, a discussão encontra-se organizada de acordo com as questões de investigação e áreas de análise. Salienta-se que todas estas medidas avaliam os respetivos constructos através do autorrelato e percepção do psicoterapeuta. Por último, devido ao facto dos aspetos emocionais analisados e de algumas das características sociodemográficas apresentarem um elevado grau de especificidade, bem como por ainda não existirem investigações do nosso conhecimento que analisem tais questões, o presente estudo assumiu um carácter exploratório dentro da área da aliança terapêutica no contexto da psicoterapia com crianças e adolescentes.

De seguida, serão discutidos os principais resultados do estudo e as subsequentes inferências para o estudo da relação entre a percepção das dimensões da aliança terapêutica do psicoterapeuta e a sua regulação/repertório emocional. Das doze relações possíveis entre RC, SE, RE e DE com as dimensões relação, tarefas e objetivos, a reavaliação emocional encontrou-se marginalmente associada aos objetivos, a diferenciação emocional significativamente associada com os objetivos, e a reavaliação cognitiva marginalmente e inversamente associada às tarefas. Assim, através das relações obtidas foram depreendidas as seguintes proposições: o autoconhecimento emocional do terapeuta aumenta a possibilidade do cliente alcançar os seus objetivos terapêuticos; a capacidade do psicoterapeuta para discernir pequenas *nuances* nas suas emoções poderá promover no cliente a competência para atingir os objetivos terapêuticos definidos; o uso incorreto da estratégia de reavaliação cognitiva por parte do psicoterapeuta em relação às tarefas da terapia poderá minimizar a compreensão e eficácia do cliente em relação às mesmas. Se neste último ponto considerarmos que o uso da estratégia de reavaliação cognitiva na dimensão das tarefas poderá influir alguma confusão no cliente acerca do que realmente tem de ser feito, poderemos concluir que este resultado vai ao encontro das recomendações dos autores Diamond, Diamong e Levy 2014. Melhor dizendo, é importante que um psicoterapeuta de crianças e adolescentes almeje sempre a clareza e objetividade na administração das tarefas terapêuticas. Dada a importância dos fenómenos de Contratransferência (Hayes, Gelso & Hummel, 2011; Tishby & Wiseman, 2014; Ligiéro e

Gelso, 2002), Auto-Consciência (Campbell & Simmonds, 2011; Machado, Beutler & Greenberg, 1999) do psicoterapeuta para a qualidade da aliança, seria espectável que surgissem associações significativas entre as DAT e os psicoterapeutas com maiores repertórios emocionais e melhores ferramentas de regulação emocional, o que não se comprovou. No único estudo encontrado dentro desta área, Saramago (2008) obtém resultados semelhantes a estes, contudo, as dimensões da regulação emocional avaliadas diferem das deste estudo. Assim, sendo este um estudo exploratório sem investigação que sustente ou refute estes resultados, são inferidas três explicações para o sucedido. O número reduzido de participantes poderá ter influenciado os resultados. Devido à escolha do caso ter sido feita pelo psicoterapeuta, existe a possibilidade de os casos não serem aleatórios, e sim baseados na sua preferência. Por último, uma vez que todas as medidas se basearem no autorrelato e percepção do psicoterapeuta, é possível que determinadas respostas espelhem um valor idealizado e não um valor real.

No que respeita à interação entre as características sociodemográficas e a percepção do psicoterapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica, não foi encontrada qualquer associação entre o género, número de filhos, idade, número de casos por semana, formação específica e modelo psicoterapêutico de referência. Estes resultados refletem as evidências encontradas pela investigação científica dentro desta área (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Manne et al., 2012). Desta forma, conclui-se que as características demográficas supracitadas não influenciam a percepção do psicoterapeuta sobre a relação com o cliente. Ainda dentro deste campo, a maioria da investigação sugere que a experiência do psicoterapeuta está relacionada com a qualidade da aliança terapêutica, porém, tal como Briggs e Munley (2008), o presente estudo não encontrou qualquer associação entre estas variáveis. Estes resultados podem surgir devido às diferenças da percepção da aliança terapêutica entre os psicoterapeutas mais e menos experientes (Mallinckrodt & Nelson, 1991). Um dos resultados mais relevantes deste estudo corresponde à associação significativa entre a realização profissional e a dimensão de relação e tarefas percebida pelos psicoterapeutas. Estes dados replicam os resultados obtidos por Nissen-Lie e colaboradores (2013). Este é um achado importante para a generalidade da psicoterapia, pois um psicoterapeuta que se sinta satisfeito com a sua profissão estará mais disponível para investir na relação com o seu cliente, que, por sua vez, deverá aumentar o grau de mudança no cliente (Tracey, 1989). Sem surpresas, o grau competência profissional encontra-se positivamente associado à percepção do psicoterapeuta sobre as dimensões de relação e objetivos, replicando assim as conclusões consensuais entre a literatura (Weck et al., 2015; Olivares et al., 2015; Haug et al., 2016). Desta

forma, é sugerido que a competência profissional do psicoterapeuta promova a qualidade da aliança terapêutica com o cliente.

Os seguintes parágrafos explorarão somente as associações significativas entre as características sociodemográficas e os fatores emocionais dos psicoterapeutas.

No que diz respeito à interação entre as variáveis sociodemográficas e fatores emocionais do psicoterapeuta, as deduções retiradas carecem ainda de fundamentação teórica, pois, devido à sua especificidade, a investigação ainda não se debruçou sobre as mesmas. Foi encontrada uma diferença de gênero, marginalmente significativa, ao nível do repertório emocional, sendo que os terapeutas homens apresentaram valores médios inferiores aos das terapeutas mulheres. Estes resultados sugerem que as psicoterapeutas têm um maior conhecimento sobre o seu repertório e padrões emocionais comparativamente aos terapeutas do sexo masculino (Thayer et al., 2003). No que concerne à realização profissional do psicoterapeuta, esta variável sociodemográfica surgiu marginalmente associada à estratégia de supressão cognitiva. Uma possível leitura deste dado remete para a possibilidade de os terapeutas que “escondem” ou disfarçam as suas reações emocionais durante a psicoterapia, experienciem uma sensação de realização. Gross (2002) considera que os indivíduos que operacionalizam estratégias de supressão emocional de uma forma assertiva têm melhores capacidades de regulação emocional, sendo, por isso, natural que a aplicação da estratégia de supressão cognitiva de uma forma assertiva promova maiores níveis de bem-estar e de realização, bem como menores níveis de *stress*. Relativamente às diferenças entre modelos teóricos de referência e o nível da estratégia emocional de reavaliação cognitiva, os resultados sugerem que os psicoterapeutas de base cognitivo-comportamental fazem um melhor uso da estratégia de RC durante a psicoterapia quando comparados aos psicoterapeutas de abordagem psicodinâmica. Sendo a estratégia de reavaliação cognitiva uma estratégia clássica do modelo cognitivo-comportamental, é possível que a sua recorrente aplicação no cliente induza o próprio psicoterapeuta a fazer um uso da mesma na sua regulação emocional.

Relativamente aos resultados da inter-relação das variáveis sociodemográficas, o grau de realização do psicoterapeuta aparece fortemente associado ao nível de competência. Este resultado sugere que a competência do psicoterapeuta se reflete em elevados níveis de realização profissional. Se considerarmos que o nível de competência e de realização exprime a capacidade do psicoterapeuta para investir na relação terapêutica, deduzimos que os melhores psicoterapeutas são aqueles com os melhores valores nestas dimensões (Miller, Hubble & Duncan, 2008). Relativamente à idade do psicoterapeuta, esta apresenta-se marginalmente associada ao grau de realização e ao grau de competência. Assim sendo, poderemos considerar

duas explicações para este fenômeno: os psicoterapeutas mais velhos já experienciaram mais casos de sucesso, o que poderá favorecer a sua percepção de realização e competência profissional. Devido à possível colisão entre a autoridade do terapeuta e o emergente sentido de *self* do adolescente (Diamond, Diamond e Levy, 2014), é possível que os psicoterapeutas mais velhos não se sintam tão ameaçados pelos comportamentos de confronto dos adolescentes quando comparados aos psicoterapeutas mais novos. Por último, o número de casos atendidos por semana pelos terapeutas encontrou-se negativamente associado à estratégia de diferenciação emocional, estes dados sugerem que os terapeutas com uma maior exposição a situações exigentes do ponto de vista emocional vão perdendo a sensibilidade para discriminar pequenas variações no seu repertório emocional.

## V - Conclusão

Os resultados deste estudo exploratório, inovador em contexto nacional e numa área de aplicação pouco desenvolvida - psicoterapia com crianças e adolescentes - permitiram dar sequência aos mais recentes dados da investigação sobre o impacto das características do psicoterapeuta na aliança terapêutica, contradizendo, assim, as perspetivas mais conservadoras que não atribuem qualquer valor aos efeitos de variáveis do psicoterapeuta para a aliança terapêutica. Desta forma, destaca-se, do conjunto de resultados apresentado, um conjunto de dados relevantes: 1) existe uma relação marginal inversa entre a percepção de tarefas e a estratégia reavaliação cognitiva; 2) existe uma associação entre a percepção de objetivos, o repertório emocional e a diferenciação emocional; 3) existe uma associação entre a percepção de todas as dimensões da aliança terapêutica e a realização profissional; 4) há uma relação entre a percepção da relação e tarefas com a competência profissional; 5) existe uma associação entre a competência profissional e a realização profissional; 6) as psicoterapeutas apresentam um maior nível de repertório emocional comparativamente aos psicoterapeutas; 7) existe uma associação marginal entre o grau de realização profissional e a estratégia de supressão emocional; 8) existe uma associação marginal entre a idade do psicoterapeuta e o grau de realização e competência profissional; 9) há relação entre o número de casos por semana e a estratégia de diferenciação emocional.

No que respeita às limitações deste estudo, são de destacar: as medidas de avaliação utilizadas baseiam-se exclusivamente no autorrelato da percepção do psicoterapeuta, podendo

diminuir a aproximação dos dados à realidade; o número reduzido de participantes e, por ser um estudo exploratório, existe ainda pouca investigação teórica que sustente a discussão dos resultados.

Sabemos hoje que a combinação do psicoterapeuta com o cliente apresenta-se como uma das chaves para uma aliança robusta (Manne et al., 2012). Assim sendo, as investigações futuras deveriam prestar uma especial atenção aos fatores do psicoterapeuta que promovem uma melhor adaptação do mesmo ao cliente. Sugere-se também o estudo mais aprofundado sobre a identificação dos marcadores envolvidos nas rupturas da aliança terapêutica. Por último, continua a ser necessário a criação de teorias explicativas sobre o desenvolvimento dos padrões de aliança terapêutica durante o decurso do processo terapêutico, pelo que seria desejável a condução de estudos de natureza prospetiva sobre esta dimensão, cruzando ainda a perceção dos clientes sobre a aliança terapêutica, recorrendo a instrumentos adaptados à população de crianças e adolescentes (e.g. WAI-CA; Figueiredo, Dias, Lima & Lamela, 2016).

Como implicações para a prática clínica, os resultados deste estudo trazem algum esclarecimento sobre o funcionamento e impacto de determinadas condições do psicoterapeuta para um estabelecimento e reparação mais eficaz da aliança em psicoterapia com crianças e adolescentes. Este estudo desafia também o psicoterapeuta a prestar um olhar mais atento às suas próprias condições emocionais, impelindo-o a experienciar estratégias emocionais alternativas sempre que lhe julgar pertinente.

Por fim, esta investigação lança algumas pistas para a formação em psicoterapia. Indivíduos que tenham um maior conhecimento sobre as suas características como um todo são, com certeza, indivíduos com uma melhor preparação para o trabalho no terreno.

## Referências Bibliográficas

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 635-645. doi: 10.1037/a0020051
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2002). Therapist relational variables. In D. J. Cain (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice* (pp. 531-557). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10439-017
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842.
- Baldwin, S. A., & Del Re, A. C. (2016). Open access meta-analysis for psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 249- 260. doi: 10.1037/cou0000091
- Barrett, L. F., Gross, J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Emotion differentiation and regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Barrett, L. F., & Fossum, T. (2001). Mental representations of affect knowledge. *Cognition & emotion*, 15(3), 333-363. doi: 10.1080/02699930125711
- Bickman, L., Andrade, A., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S., Rumberger, D. T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L. C., & Rauktis, M. B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-148.

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6(3), 252-260. doi: 10.1080/09515070801927775
- Briggs, D. B., & Munley, P. H. (2008). Therapist stress, coping, career sustaining behavior and the working alliance. *Psychological Reports*, 103(2), 443-454. doi: 10.2466/pr0.103.2.443-454
- Campbell, A. F., & Simmonds, J. G. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195-209. doi: 10.1080/09515070.2011.620734
- Carmel, M. J. S., & Friedlander, M. L. (2009). The relation of secondary traumatization to therapists' perceptions of the working alliance with clients who commit sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 461-467. doi: 10.1037/a0015422
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-9. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Chui, H., Hill, C. E., Kline, K., Kuo, P., & Mohr, J. J. (2016). Are You in the Mood? Therapist Affect and Psychotherapy Process. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 405-418. doi: 10.1037/cou0000155
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Diamond, G. S., Diamong, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. American Psychological Association.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80002-3

- Dion, L., & Gray, K. (2014). Impact of therapist authentic expression on emotional tolerance in synergetic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 55. doi: 10.1037/a0035495
- Dowell, N. M., & Berman, J. S. (2013). Therapist nonverbal behavior and perceptions of empathy, alliance, and treatment credibility. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 158. doi: 10.1037/a0031421
- Figueiredo, B., Dias, P., Lima, V. S., & Lamela, D. (2016). Working Alliance Inventory for Children and Adolescents (WAI-CA). *European Journal of Psychological Assessment*. doi: 10.1027/1015-5759/a000364
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-7. doi: 10.1037/a0025749
- Freud, A. (1946). *The psychoanalytic treatment of children*. New York: International Universities Press.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gnilka, P. B., Chang, C. Y., & Dew, B. J. (2012). The relationship between supervisee stress, coping resources, the working alliance, and the supervisory working alliance. *Journal of Counseling & Development*, 90(1), 63-70. doi: 10.1111/j.1556-6676.2012.00009.x
- Gonçalves, A. P. (2008). *Estilos de vinculação e aliança terapêutica na psicoterapia infantil*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.98.3.271
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi: 10.1017/S0048577201393198

- 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
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Tangen, T., Kvale, G., Hovland, O. J., Heiervang, E. R., & Havik, O. E. (2016). Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults. *Behaviour Research and Therapy*, 77(1), 40-51. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.004
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128. doi: 10.1207/s15374424jccp3401\_11
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88 –97. doi: 10.1037/a0022182
- Hoffart, A., Hedley, L. M., Thornes, K., Larsen, S. M., & Friis, S. (2006). Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behavior Therapy*, 35(3), 174 –182. doi: 10.1080/16506070600862518
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 38(2), 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Howard, K. I., Orlinsky, D. E., & Hill, J. A. (1969). The therapist's feelings in the therapeutic process, 25(1), 83-93. *Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1002/1097-4679(196901)25:13.0.CO;2-G

- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 747-55. doi: 10.1037//0022-006X.69.5.747
- Kang, S., & Shaver, P. (2004). Individual differences in emotional complexity: their Psychological implications. *Journal of Personality, 72*(4), 687-726. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00277.x
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 15-28. doi: 10.1177/1063426607312536
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 50-65. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(4), 726. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.726
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44* (8), 1116-1129. doi: 10.1111/1469-7610.00195
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (2004). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 213-229. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80051-7

- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). I speak, therefore I am: A behavioral approach to understanding problems of the self. *The Behavior Therapist*, 18, 113-116.
- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept. *Clinica y Salud*, 22(3), 267-283. doi: 10.5093/cl2011v22n3a7
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76-80. doi: 10.1037/0022-006X.57.1.76
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2006). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 456-468. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.456
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11. doi: 10.1037/0033-3204.39.1.3
- Machado, P. P., Beutler, L. E., & Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 39-57. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:13.0.CO;2-V
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 14-16. doi: 10.1037/0735-7028.28.1.14
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133-138. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.133

- Manne, S. L., Kashy, D. A., Rubin, S., Hernandez, E., & Bergman, C. (2012). Therapist and patient perceptions of alliance and progress in psychological therapy for women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 800-10. doi: 10.1037/a0029158
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 177*(8), 464-472. doi: 10.1097/00005053-198908000-00003
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi: 10.1037//0022-006X.68.3.438
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Braga: Psiquilíbrios Edições*.
- Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. (2008). Supershinks: What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia, 14*(4), 14.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*(1), 88-97. doi: 10.1037/a0031097
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 483-495. doi: 10.1037/a0033643
- Olivares, J., Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I., Montesinos, L., & Macià, D. (2014). The contribution of the therapist competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema, 26*(4), 483-489. doi: 10.7334/psicothema2014.69
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558-565. doi: 10.1037/0735-7028.26.6.558

- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Porpottas, P. (2012). Working with the therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy from an attachment theory perspective. *Counselling Psychological Society*, 27(3), 91-99.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilíbrios.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Robinson, B. (2009). When therapist variables and the client's theory of change meet. *Psychotherapy in Australia*, 15(4), 60.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 95-103. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240
- Saramago, P. S. B. S. (2008). *O sentir e o agir do psicoterapeuta: impactos da regulação emocional na atitude terapêutica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação – Universidade de Lisboa, Portugal
- Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 188. doi: 10.1037/1040-3590.3.2.188
- Saunders, S. M. (1999). Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: Relationship to session quality and treatment effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 597-605. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5<597::AID-JCLP7>3.0.CO;2-M
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-45. doi: 10.1037/a0021175

- Shirk, S. R., Gudmundsen, G., Kaplinski, H. C., & McMakin, D. L. (2008). Alliance and outcome in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 631-639. doi: 10.1080/15374410802148061
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. doi: 10.1037/a0022181
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728. doi: 10.1017/S0954579400004946
- Smith, A. J., Kleijn, W. C., & Hutschemaekers, G. J. (2007). Therapist reactions in self-experienced difficult situations: An exploration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 34-41. doi: 10.1080/14733140601140865
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., & American Psychological Association. (2014). *Premature termination in psychotherapy: strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washington, DC: American Psychological Association
- Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., & Johnsen, B. H. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 349-364. doi:10.1023/A:1023922618287
- Tishby, O., & Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: An exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy Research*, 24(3), 360-375. doi: 10.1037/h0085417
- Tracey, T. J. (1989). Client and therapist session satisfaction over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 177-182. doi: 10.1037/h0085417

- Vandenberghe, L., & Silvestre, R. L. S. (2014). Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(2), 119-127. doi: 10.1080/14733145.2013.790455
- Vaz, F. J. D. S. M. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Portugal.
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., Vivian, D., Kocsis, J., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A., Borian, F., Kornstein, J., & Riso, L. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255. doi: 10.1037/0033-3204.41.3.255
- Weber, J. A. (2007). *University Student Preferences for Therapist Variables Influenced by Student Demographics and Prior Counseling Experiences*. Dissertação de Doutoramento, College of Education – University of Kentucky, EUA.
- Weck, F., Richtberg, S., Jakob, M., Neng, J. M., & Höfling, V. (2015). Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety. *Psychiatry research*, 228(1), 53-58. doi: 10.1016/j.psychres.2015.03.042
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49(2), 163–172. doi: 10.1037/a0023200
- Wogan, M. (1970). Effect of therapist-patient personality variables on therapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(3), 356-361. doi: 10.1037/h0030110
- 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