

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS – PSIQUIATRIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA POR
PACIENTES EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA**

Camila Piva da Costa

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Porto Alegre, março de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS – PSQUIATRIA



CAMILA PIVA DA COSTA

FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA POR
PACIENTES EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria, orientada pelo Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Porto Alegre, Brasil
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Piva da Costa, Camila
FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE ALIANÇA
TERAPÊUTICA POR PACIENTES EM PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA / Camila Piva da Costa. -- 2013.
135 f.

Orientador: CLAUDIO LAKS EIZIRIK.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,
Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. psicoterapia psicanalítica. 2. aliança
terapêutica. 3. percepção do paciente. 4. sintomas.
5. gênero. I. LAKS EIZIRIK, CLAUDIO , orient. II.
Título.

COMISSÃO EXAMINADORA

RELATORA: Dra. Márcia Kauer Sant'Anna, UFRGS

AVALIADOR 1: Dra. Olga Falceto, UFRGS

AVALIADOR 2: Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes, PUCRS

SUPLENTE: Dr. Eugenio Grevet

*“Aprender é a única coisa
de que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende”.*

(Leonardo da Vinci)

*“Talvez seja este o aprendizado mais difícil:
manter o movimento permanente,
a renovação constante,
a vida vivida como caminho e mudança”.*

(Maria Helena Kuhner)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que foram essenciais para o seguimento desse trabalho. Ao meu orientador, Cláudio Eizirik, por ter me possibilitado realizar esse Mestrado de forma sempre construtiva, apoiando nos momentos necessários, além de ser um modelo de profissional dotado de competência, ética e empatia.

Aos meus queridos colegas do grupo, Marina, Diogo, Daniela, Pricilla, Julia, Ana Margareth e Charlie, pela contínua disponibilidade. Obrigada pela força, apoio e atenção.

À Direção do Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, César e Angela, por autorizarem o uso dos dados e receberem com entusiasmo a pesquisa. Às funcionárias do Contemporâneo pela dedicação e paciência, e aos terapeutas, pelo interesse e colaboração. A todos os integrantes do Departamento de Pesquisa, que sempre enriquecem com discussões instigantes e apoio constante. À minha querida *pupila* Camila Alves, pelo auxílio com o manejo dos instrumentos, o cuidado com o banco de dado, mantendo-se sempre atenta e disponível.

À minha mãe, Angela, modelo pessoal e profissional, sempre me incentivando a crescer. Ao meu pai, Evandro, pelo apoio incondicional e pela tranquilidade transmitida. À minha avó, Beatriz, pelo suporte nos momentos difíceis e pelos constantes pensamentos positivos de paciência e força.

À minha analista.

Por fim, aos 118 pacientes que participaram desse estudo, obrigada pela confiança e colaboração em possibilitar o desenvolvimento da pesquisa em psicanálise.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	15
REVISÃO DA LITERATURA	
1. Aliança Terapêutica na Psicoterapia Psicanalítica: Aspectos Essenciais.....	17
1.1 Considerações Sobre a Investigação em Psicoterapia Psicanalítica.....	18
2. Aliança Terapêutica na Psicoterapia Psicanalítica: Evolução Histórica e Perspectivas Atuais (artigo teórico).....	20
OBJETIVOS	38
Artigo Empírico: Factors Associated with the Perception of Therapeutic Alliance for Patients in Psychoanalytic Psychotherapy	39
Artigo em Português: Fatores Associados a percepção de Aliança Terapêutica por pacientes em Psicoterapia Psicanalítica.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS	
A. Projeto de Pesquisa	105
B. Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa	125
C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
D. Formulário de Contato Inicial com o Paciente.....	127
E. Calpas – P	130
F. SCL-90	132

ABREVIATURAS E SIGLAS

Calpas – P – *Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia* – versão paciente

SCL-90-R – *Symptom Check-List – 90 – Revised*

ICD-10 – *International Classification of Diseases – 10th edition*

CIPT – Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Introdução: A percepção do paciente sobre a relação com seu psicoterapeuta é determinante para a sua permanência em tratamento e para o sucesso da psicoterapia. Entretanto, pouco se tem investigado sobre quais fatores disponíveis na fase de avaliação para uma psicoterapia psicanalítica são indicadores de melhor aliança entre terapeuta e paciente. **Objetivo:** Investigar se há associação entre fatores sociodemográficos e clínicos e a aliança terapêutica, na percepção do paciente. **Método:** Trata-se de um estudo transversal que avaliou a qualidade da aliança terapêutica em pacientes adultos atendidos em psicoterapia psicanalítica em um ambulatório de saúde mental em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A amostra foi constituída por 118 pacientes que chegaram até a quarta ou quinta sessão de psicoterapia psicanalítica e foram avaliados pela escala Calpas – P. **Resultados:** O estudo mostrou que pacientes do sexo masculino tiveram média (6.44) significativamente menor ($p=0.036$) a das mulheres (6.66) na escala de avaliação e percepção do trabalho do terapeuta. Encontrou também que quanto maior a intensidade dos sintomas de psicoticismo menor a percepção de aliança na escala de comprometimento com o processo de psicoterapia ($r=0.231$, $p=0.05$). **Conclusões:** Os resultados mostraram que, no início da psicoterapia, gênero e severidade dos sintomas interferem na percepção da aliança terapêutica. Identificou-se que os pacientes homens percebem, em média, menor aliança na dimensão que se refere à compreensão e ao envolvimento do psicoterapeuta, independente do sexo deste. Isso indica, possivelmente, que homens tendem a considerar seus terapeutas com menor capacidade de entender seu ponto de vista e sofrimento, demonstrar aceitação sem julgamentos, dirigir-se ao ponto central de dificuldade, intervir com tato e no tempo certo, e mostrar real compromisso em ajudar e vencer os problemas. Pacientes com sintomas de psicoticismo mais severos apresentaram menor aliança na dimensão que avalia esforço do paciente em empreender uma mudança, boa vontade em fazer sacrifícios em relação ao tempo e ao dinheiro; visão da terapia como uma

experiência importante; confiança na terapia e no terapeuta; participação na terapia, apesar de momentos de sofrimento; e compromisso de completar o processo terapêutico. Devido à complexidade do conceito de aliança terapêutica, mais pesquisas são necessárias, a fim de reforçar e demonstrar a influência de variáveis objetivas em seu desenvolvimento (fatores do paciente, do terapeuta e da interação da dupla). Os achados agregam importância à preparação técnica dos terapeutas, para poderem desenvolver melhores alianças com esse tipo de paciente, propiciando maior aderência ao tratamento.

Palavras chave: Psicoterapia psicanalítica; Aliança terapêutica; Percepção do paciente; Sintomas; Gênero.

ABSTRACT

Introduction: The patient's perception of the relationship with their therapist is determinant for their treatment adherence and for the success of psychotherapy. However, little has been investigated about which factors available at the evaluation stage for psychoanalytic psychotherapy are indicators of a better alliance between therapist and patient. **Objective:** To investigate whether there is an association between sociodemographic and clinical factors and the therapeutic alliance in the patient's perception. **Method:** This work consists of a cross-sectional study that evaluated the quality of the therapeutic alliance in adult patients receiving psychoanalytic psychotherapy in a mental health outpatient clinic in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil. The sample was made up of 118 patients who had at least four or five sessions of psychoanalytic psychotherapy and were evaluated using the Calpas – P scale. **Results:** The study showed that male patients have average (6.44) significantly lower ($p=0.036$) than women (6.66) in the scale of evaluation scale and perception of the therapist's work. He also find that the intensity of the symptoms of psychoticism present lesser alliance in the scale of commitment with the psychotherapy process ($r=0.231$, $p=0.05$). **Conclusions:** The results showed that, at beginning of psychotherapy, gender and severity of the patient's symptoms interfere with the perception of therapeutic alliance. It was identified that male patient's are, on average, worse at perceiving the alliance in the dimension that refers to therapist understanding and involvement regardless of gender this. This indicate, perhaps, that men tend to consider their therapists with less capacity to understand their point of view and suffering, show acceptance without judgment, address the key point of difficulty, intervene tactfully and timely and show commitment to helping and overcome the problems. Patients with more severe symptoms of psychoticism had lower alliance in the dimension that assess patient's effort in undertaking change, willingness to make sacrifices regarding time and money; having a vision of therapy as an important experience; confidence in therapy and in

the therapist; engagement in therapy, despite moments of suffering; commitment to completing the therapeutic process. The alliance is a complex concept. This is why more research is necessary in order to reinforce and show the influence of objective variables on its development. Factors related to patient, therapist, and the interaction of the duo are worthy of attention. The findings add to the importance of therapists' technical preparation, so as to enable them to develop better alliances with this type of patient, thus allowing for a better adherence to treatment.

Keywords: Psychoanalytic Psychotherapy; Therapeutic Alliance; Patient perception; Symptoms; Gender

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Fatores Associados à Percepção de Aliança Terapêutica por Pacientes em Psicoterapia Psicanalítica**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 30 de março de 2012. A ideia desse estudo surgiu pelas recorrentes indagações dos psicoterapeutas psicanalíticos, que frequentemente surgiam no meio clínico. Os questionamentos centravam-se nos motivos que possibilitavam alguns pacientes se vincularem muito bem nas primeiras sessões e outros não. Quais elementos estariam envolvidos na constituição dessa relação terapêutica? Será que essa aliança propiciaria uma melhora dos sintomas do paciente e uma maior adesão ao tratamento? Por que alguns pacientes parecem funcionar melhor com alguns terapeutas e menos com outros?

Nesse sentido, buscou-se literatura atual que contemplasse alguns desses questionamentos iniciais. Isso permitiu que a ideia de pesquisa alcançasse mais força, já que a maioria dos artigos apontava a relação da aliança terapêutica com o resultado do tratamento, enfatizando, ainda, que muitos pacientes melhoram mais pelo vínculo terapêutico do que pelo tipo de tratamento que estão realizando.

A ideia foi ganhando forma, e a investigação foi bem aceita pelo Conselho da Instituição e pelos terapeutas envolvidos. Assim, foi elaborado um projeto de pesquisa que contemplasse a possibilidade de respaldar quantitativamente algumas dessas questões. A pesquisa iniciou com o convite a pacientes adultos que buscaram atendimento em um ambulatório de saúde mental e que permaneceram até a quarta ou quinta sessão de atendimento. Eles preencheram uma avaliação inicial com os dados sociodemográficos e dados referentes à sintomatologia atual e aliança terapêutica. Os pacientes foram

acompanhados por três meses, a fim de avaliar a qualidade da aliança terapêutica, e a relação desta com variáveis sociodemográficas e clínicas.

No primeiro momento, suponha-se que uma pesquisa envolvendo a relação terapêutica propriamente dita dos terapeutas com seus pacientes pudesse gerar um clima de desconfiança e rechaço à pesquisa. Diferente disso, os terapeutas foram muito colaborativos e mostraram constante interesse, a fim de conferir a participação de seus pacientes no estudo e a espera pelos resultados. Esse movimento ocorreu pela atual organização de pesquisa formada na instituição, propiciando uma cultura de interesse e apoio às investigações científicas.

Assim, o presente trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

A introdução aponta a relevância do tema pesquisado e discorre sobre a aliança terapêutica no contexto atual através de dados epidemiológicos e da literatura.

A revisão de literatura traz, primeiramente, dados a respeito da psicoterapia psicanalítica, contextualizando a aliança terapêutica no contexto teórico a que se propõe, bem como algumas considerações sobre os métodos de investigação atuais. A revisão segue através de um artigo teórico que apresenta a evolução histórica do conceito de aliança e seus estudos contemporâneos.

Os objetivos também são apresentados de forma geral e específica, visando a focar alguns aspectos desde a perspectiva do paciente e delinear como se estabelece essa relação nesse ponto de vista.

O artigo empírico traz a descrição do método, dos instrumentos utilizados, a forma como os dados foram coletados e os resultados encontrados. A discussão também trata de especular a respeito dos resultados encontrados, enriquecê-los com literatura e investir em estudos futuros.

Por fim, as considerações finais dessa dissertação sugerem futuros estudos e ressaltam a validade do que foi encontrado. Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

A investigação em psicoterapia psicanalítica vem ganhando espaço e relevância no meio científico, unindo pesquisa e prática clínica. A aliança terapêutica constitui-se elemento central no processo de tratamento na psicoterapia psicanalítica (Bordin, 1974; Luborsky, 1996) e vem crescendo sua validade como construto de pesquisa (Shane, 2000). Na evolução histórica, a aliança terapêutica foi desenvolvida, buscando compreender melhor a relação paciente-psicoterapeuta. Em 1912, Freud esboçou as primeiras referências a este modelo. Entre as décadas de 1930 até o final dos anos de 1970, outros autores psicanalíticos revisaram o conceito de aliança (Sterba, 1934, Zetzel, 1956, Greenson, 1967, Bordin, 1979).

Empiricamente, a aliança terapêutica tem sido um preditor significativo e consistente dos resultados em psicoterapia em diferentes modalidades clínicas e teóricas (Friedlander, Escudero, Heatherington & Diamons, 2011; Flückiger et al., 2012). Estima-se que a aliança terapêutica represente cerca de 7% a 17% nos resultados e no efeito da psicoterapia (Beutler et al., 2004; Horvath et al., 2011). Embora estes efeitos possam ser considerados modestos em termos absolutos, eles são maiores do que outros preditores de resultados em psicoterapia, tais como intervenções teórico-técnicas específicas e competência do terapeuta (Wampold, 2001; Webb, Derubeis & Barber, 2010).

As pesquisas atuais apontam diferentes enfoques que podem afetar a relação terapêutica e contemplam de várias formas o que acontece na relação da dupla. Alguns autores apontam unicamente características do paciente (Constantino et al., 2002; Hersoug et al., 2002), outros focam em características pessoais do terapeuta e seu manejo no *setting* (Ackerman & Hilsenroth, 2003), outros enfatizam a interação da dupla, sugerindo, inclusive,

formas de interação do terapeuta para prevenir e trabalhar problemas na aliança (Hilliard, Henry & Strupp, 2000).

Alem disso, estudos de meta-análise identificam a relação da aliança terapêutica como um dos fatores determinantes do desfecho de abandono de tratamento psicoterápico (Sharf, Diener & Primavera, 2010). Esses dados corroboram ainda mais a importância de se conhecer preditores de aliança terapêutica, objetivando que os pacientes possam manter por mais tempo seus tratamentos.

Percebe-se, então, a importância da aliança terapêutica como fenômeno determinante para a permanência do paciente em tratamento e para o sucesso da psicoterapia. Nesse contexto, muitos questionamentos ainda se fazem presentes, principalmente a respeito da importância de situar a aliança terapêutica no contexto da relação paciente-terapeuta e investigar as razões que facilitam a constituição de um bom vínculo terapêutico. A relevância da aliança no processo terapêutico – aliado ao fato de não haver evidências consistentes do que propicia que algumas duplas se vinculem melhor – se constituiu como elemento motivador e válido para empreender uma investigação neste campo. Salienta-se que a revisão teórica sobre o tema aponta uma carência de estudos metodológicos que contemplem essa dimensão intersubjetiva.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Aliança Terapêutica na Psicoterapia Psicanalítica: Aspectos Essenciais

Na literatura psicanalítica a aliança terapêutica constitui-se um conceito central do processo, introduzido em diferentes momentos na obra de Freud (1893, 1912) e seguida por outros autores que expandiram o conceito (Sterba, 1934; Zetzel, 1956; Greenson, 1967). Por isso se faz necessário revisar alguns aspectos essenciais da teoria psicanalítica a fim de contextualizar a aliança terapêutica nesse referencial teórico.

A psicoterapia de orientação psicanalítica refere-se a um processo psicoterápico que tem sua origem na teoria psicanalítica. Guarda algumas diferenças quanto à técnica empregada e alguns objetivos terapêuticos em relação à psicanálise (Gabbard, 2006; Eizirik & Hauck, 2008). É um tipo de tratamento psicológico, baseado na teoria e na técnica da psicanálise. Ambas utilizam o conceito de inconsciente postulado por Freud (1915), assim como a associação livre, a compreensão dos sonhos e atos falhos, buscando compreender e significar os conflitos inconscientes.

Kernberg (2001) estabelece uma fronteira comum fundamental entre o método psicanalítico e o método da psicoterapia psicanalítica. No que concerne à teoria subjacente das motivações inconscientes, inclui: conflitos inconscientes entre pulsões agressivas e libido de um lado, e as defesas contra eles de outro, além das implicações estruturais de configurações impulso/defesa e as relações de objeto internalizadas, no interior das quais os conflitos inconscientes estão ancorados. Esta teoria é comum às duas modalidades de tratamento.

Para Kernberg (2006), o objetivo da psicanálise é promover alterações da estrutura – a integração dos conflitos inconscientes recalcados ou dissociados no ego consciente –,

enquanto o objetivo das psicoterapias psicanalíticas é a reorganização parcial da estrutura psíquica, em um contexto de mudanças sintomáticas significativas. Já Eizirik e Hauck (2008) definem que o objetivo da psicoterapia de orientação analítica seria o tratamento focado no conflito atual do paciente, enquanto a psicanálise teria por objetivo a elaboração do conflito primário.

A diferenciação entre estas duas modalidades de tratamento está na técnica utilizada, mais especificamente na interação entre a técnica e a resposta do paciente, ou, ainda, a interação entre a personalidade do analista e a técnica de um lado, e a interação da personalidade do paciente com o terapeuta, de outro. Para ter uma ideia mais clara sobre esta distinção entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica, deve-se observar a nítida diferença na predominância da interpretação propriamente dita, da frequência das sessões, a neutralidade, a técnica, e a sistemática interpretação da transferência (Kernberg, 2001).

1.1 Considerações Sobre a Investigação em Psicoterapia Psicanalítica

Atualmente, a psicoterapia psicanalítica ocupa um importante espaço como ciência apresentando crescentes estudos empíricos. A ideia de que a psicanálise é uma atividade de natureza científica já existe desde definição de Freud sobre a psicanálise, em que a ciência médica repousava, em grande parte, sobre a organização clínica e, de acordo com suas habilidades de pesquisador, passou da experimentação biológica à observação psicológica do doente (Widlocher, 2001).

Freud (1923) propunha, portanto, designar psicanálise como 1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro método; 2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos; e 3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas e que, gradualmente, se

acumulam numa nova disciplina científica. Ou seja, na essência mesma do método psicanalítico, está a noção de que tratamento e investigação são concomitantes (Freud, 1923; Eizirik, 2006).

Nos últimos anos, temos presenciado discussões sobre as possibilidades e as limitações da pesquisa em psicanálise e na psicoterapia psicanalítica no cenário nacional (Eizirik, 1998; Lowenkron, 2000) e internacional (Green, 1996; Wallerstein, 1995). A discussão entre Wallerstein e Green é uma das mais polêmicas e representativas do que se tem pensado quanto à pesquisa psicanalítica. Wallerstein (1996) afirma que é possível produzir pesquisa empírica em psicanálise, isto é, aponta para a possibilidade de utilização dos métodos das demais ciências na pesquisa psicanalítica. Já Green (1996) refere que a pesquisa empírica em psicanálise é uma ilusão e que, pela sua prática e seu modo de pensar, não há compatibilidade entre ela e todas as exigências do método científico.

A eficácia da utilização de aplicações do modelo psicanalítico em tratamentos breves de uma série de patologias específicas já foi sistematicamente comprovada (Leichsenring, 2005; Leichsenring & Leibing, 2007). Todavia, a problemática do uso da manualização e do modelo clássico de eficácia na investigação da efetividade dos tratamentos psicanalíticos “tradicionais” tem sido questionada.

Nesse contexto, uma das áreas mais amplamente contempladas na pesquisa em psicanálise tem sido a dos estudos de efetividade, que revelam evidências consistentes acerca da relevância do método psicanalítico, lançando mão tanto de estudos quantitativos como qualitativos (Fonagy, 2002). Wallerstein (1996) descreve a existência de quatro gerações de pesquisa de resultados em psicanálise e psicoterapia psicanalítica, tanto no que se refere à questão temporal, quanto ao grau de sofisticação e de complexidade conceituais e metodológicos. A primeira geração (1917 a 1960) é caracterizada pelas contagens estatísticas de resultados em diferentes categorias de pacientes. As pesquisas de segunda geração (1950 a

1980) empregam medidas construídas, escalas para avaliação antes e depois do tratamento e preditores para os resultados. A terceira geração (1950 a 1980), contemporânea à segunda, adiciona o processo terapêutico às medidas de resultado e os estudos de seguimento na fase pós-tratamento. Ainda em desenvolvimento, a quarta geração (1980 à atualidade) envolve novas medidas de resultado para avaliação da estrutura psicológica, da mudança estrutural e do processo terapêutico. Assegura um novo nível de possibilidades e conhecimento mais preciso dos mecanismos de mudança em psicoterapias psicanalíticas.

Apesar disso, parece haver uma crença de que os tratamentos baseados na psicoterapia psicanalítica carecem de suporte empírico ou de que as evidências científicas demonstram maior efetividade em outras formas de tratamento (Shedler, 2010). De fato, a pesquisa utilizando métodos empíricos rigorosos tem demorado mais para se desenvolver na área dos tratamentos psicodinâmicos. Entretanto, ao longo do tempo, têm se acumulado evidências que sugerem que a psicoterapia produz melhora duradoura e, até mesmo, modifica o funcionamento cerebral. Por ser a mente inextricavelmente conectada ao cérebro, esses achados não deveriam causar surpresa (Gabbard, 2000). Fonagy (2003) acredita que várias questões que ainda não foram respondidas adequadamente – tais como de que forma as terapias psicológicas atuam – provavelmente, serão elucidadas pela pesquisa interdisciplinar. Além disto, pensa que muitas das descobertas psicanalíticas sobre a mente serão feitas em conjunto e colaboração com a ciência biológica.

2. ALIANÇA TERAPÊUTICA NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS ATUAIS (ARTIGO TEÓRICO)

THERAPEUTIC ALLIANCE IN PSYCHOTHERAPY PSYCHOANALYTIC: HISTORY AND CURRENT PERSPECTIVES

Camila Piva da Costa, Mestranda em Ciências Médicas – Psiquiatria pela UFRGS;

Submetido à Revista de Psiquiatria Clínica

RESUMO

Objetivo: O presente artigo analisou referencial teórico sobre aliança terapêutica e sua relação com os resultados de um tratamento psicoterápico. **Método:** O levantamento bibliográfico contou com livros e artigos sobre o tema, considerando a evolução histórica do conceito, além de pesquisas recentes, que tinham a aliança terapêutica como o principal foco.

Resultados: A literatura científica aponta com clareza a evolução do conceito na psicoterapia psicanalítica e analisa fatores que possam estar envolvidos com a qualidade da aliança, tais como: características do paciente, do terapeuta e da interação da dupla, bem como estratégias para desenvolver alianças de maior qualidade. **Conclusão:** A literatura aponta a relevância desses estudos e a necessidade de o terapeuta psicanalítico atualizar-se em técnicas que propiciem maior aderência ao processo psicoterápico.

Palavras-chave: Aliança terapêutica, psicoterapia psicanalítica, revisão.

ABSTRACT

Objective: This article analyzed theoretical references about the therapeutic alliance and its relationship with the results of a psychotherapeutic treatment. **Method:** The literature survey included books and articles on the topic, taking into account the historical evolution of the concept, as well as recent research primarily focused on the therapeutic alliance. **Results:** The scientific literature clearly points to the evolution of the concept in psychoanalytic

psychotherapy and analyzes factors that may be implicated with the quality of the alliance, such as characteristics of the patient, therapist and interaction of the duo, as well as strategies to develop higher quality alliances. **Conclusion:** The literature points to the relevancy of these studies and to the need, on the part of the psychoanalytic therapist, to keep up-to-date with techniques that enable greater adherence to the psychotherapeutic process.

Keywords: Therapeutic alliance, psychoanalytic psychotherapy, review.

Introdução

Pesquisas de meta-análise demonstram associação consistente entre as medidas de aliança terapêutica e o resultado do tratamento, especialmente quando a aliança é medida nos estágios iniciais (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath & Bedi, 2002). A pesquisa da relação entre o processo e o resultado da psicoterapia tem frequentemente tentado explicar os fatores não-específicos teorizados por Strupp e Hadley (1979), que podem ter impacto significativo sobre os resultados de diversos tratamentos. Este ponto de vista foi mais recentemente confirmado por Strupp (2001), que mostrou que o resultado de um processo psicoterapêutico é, muitas vezes, influenciado por fatores inespecíficos, ou seja, as características pessoais do terapeuta e os sentimentos positivos que surgem no paciente, que podem levar à criação de um clima terapêutico positivo desde a perspectiva emocional e interpessoal.

Estudos empíricos de intervenções em saúde mental revelam que a aliança terapêutica constitui-se uma importante variável para explicar o resultado do tratamento (McCabe & Priebe 2004). Em suas investigações, Norcross (2002) concorda com a relevância desse conceito para o alcance de tratamentos bem sucedidos, considerando a aliança o indicador mais robusto dos resultados em psicoterapia.

Um dos achados mais importantes emerge de um considerável número de estudos, nos quais a aliança apresenta correlações positivas com a mudança terapêutica nas mais variadas modalidades de tratamento clínico (Martin, Garske & Davis, 2000; Constantino, Castonguay, Schut, 2002; Castonguay & Beutler, 2005). Presume-se que a qualidade da aliança terapêutica seja mais importante do que o tipo de psicoterapia na predição de resultados positivos. Ela também se constitui como fator inegável, mas ainda inespecífico, que explica as mudanças decorrentes do processo psicanalítico (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2003; Horvath, 2005; Safran & Muran, 2000).

O objetivo principal deste trabalho é propor uma evolução histórica do conceito de aliança terapêutica e apresentar estudos que investigaram a relação entre a aliança terapêutica e os resultados em psicoterapia psicanalítica.

Método

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura que incluiu livros teóricos de autores clássicos, referencia da técnica psicanalítica, para a evolução histórica e as publicações científicas sobre o conceito de aliança terapêutica, considerando suas repercussões no processo de psicoterapia psicanalítica. Os artigos foram encontrados através dos descritores *therapeutic alliance* e a combinação desta com os termos *psychotherapy psychoanalytical*. Os artigos analisados consideraram a aliança terapêutica o fator principal em estudo.

Evolução do Conceito de Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica foi o primeiro conceito desenvolvido que considerou a magnitude da relação paciente-psicoterapeuta. Sua introdução na literatura psicanalítica foi esboçada em diferentes momentos na obra de Freud. Inicialmente, em 1893, Freud já

menciona que, na análise, transforma-se o paciente em colaborador. Ele afirma que, necessariamente, tem-se como primeiro objetivo ligar o paciente ao tratamento, para que, posteriormente, seja possível tratá-lo analiticamente. Em seu trabalho de 1912, “A Dinâmica da Transferência”, Freud coloca que as resistências alimentam-se tanto da transferência erótica, quando assumem um caráter sexual, quanto da transferência negativa (hostil). Distingue delas a *transferência positiva sublimada*, motor da cura tanto na análise quanto nos outros métodos de tratamento. Não separa, portanto, a aliança terapêutica da transferência. Alguns autores lamentam essa decisão de Freud e pensam que, se ele tivesse separado mais decididamente ambas as áreas, a investigação teria sido simplificada (Etchegoyen, 2004).

Freud (1912) postula uma divisão dos elementos da transferência, utilizando os termos “transferência positiva” e “transferência negativa”, referindo-se à qualidade (agressiva, hostil ou amistosa e afetuosa) das manifestações dominantes no momento particular da psicanálise. A positiva refere-se ao componente da transferência na qual a parte colaborativa e consciente do paciente trabalha no alcance dos objetivos do tratamento. Já a parte negativa é inconsciente e contribui para a inabilidade do paciente em trabalhar para o tratamento, o que gera resistências. Certamente, parece inegável que a aliança terapêutica, muitas vezes, tenha semelhança com a transferência positiva e até mesmo com a negativa (quando fatores de rivalidade, por exemplo, levam o paciente a colaborar), sendo legítima a tentativa de separar conceitualmente ambos os fenômenos (Etchegoyen, 2004).

As discussões sobre as divisões entre transferência e aliança tiveram início nos anos 1920, quando Melanie Klein (1926) e Anna Freud (1927) divergiram sobre a técnica de análise com crianças. Klein não considerava o conceito de aliança terapêutica, pois, para ela, todas as crianças desenvolviam de imediato a transferência. Ela considerava suas origens nas relações primitivas de objeto, nas fantasias inconscientes e nas ansiedades primitivas. Anna Freud não considerava tudo como transferência. Ela postulava que a parte sadia da

personalidade do paciente estabelecia uma relação real com o analista, enfatizando a presença da aliança terapêutica. Já a escola kleiniana não aceita a existência de algo na mente que não seja expressão de conflitos (Anna Freud, 1927).

Da década de 1930 até o final dos anos 1970, outros autores revisaram e expandiram o conceito de aliança (Sterba, 1934; Zetzel, 1956; Greenson, 1967; Bordin, 1979). Em 1934, Sterba, na introdução da teoria estrutural, sugere que alguns elementos do ego são focados na realidade, enquanto outros aspectos estão mais próximos da energia instintual. Para o autor, a aliança se dá entre os aspectos lógicos e racionais do analista e a parte racional do paciente. Para que isso ocorra, é necessária uma divisão no paciente entre os aspectos racionais (conscientes) e irracionais (inconscientes). É através do mecanismo de identificação que emerge a aliança. Identificado com a atitude de observação e reflexão do psicoterapeuta psicanalítico, o paciente adquire essa capacidade e a dirige a seu próprio funcionamento, dissociando seu ego em duas partes.

O *status* de componente privilegiado da técnica psicanalítica, dado ao conceito de aliança é postulado por Zetzel, em 1956. Ela o define como uma relação estável, base indispensável para o tratamento psicanalítico. Ocorre uma divisão no ego do paciente, que permite à parte madura e observadora do ego identificar-se com o terapeuta, tendo a tarefa de modificar defesas patogênicas erguidas contra os perigos internos. A psicoterapia psicanalítica depende da profunda aliança terapêutica, para a qual é necessário que o paciente apresente uma mínima maturidade do ego. Segundo esta autora, a transferência pode se manifestar sob duas formas: a neurose de transferência e a aliança terapêutica, sendo dois fenômenos distintos. Assim, aproxima a atitude do terapeuta da maternal em relação ao seu bebê, além de fazer dessa aliança a condição de surgimento e resolução da neurose de transferência.

A concepção de Zetzel é criticada por Greenson (1967, p. 28), que propõe uma conceituação mais restrita da aliança terapêutica. Ele separa, na relação terapêutica, a transferência, a aliança de trabalho e a relação real entre o analista e o paciente. A aliança terapêutica foi chamada de “aliança de trabalho”, reservada para sujeitos capazes de ter relações objetais (excluindo, portanto, as personalidades excessivamente narcísicas). Descreve-a como “um fenômeno transferencial relativamente racional, dessexualizado”.

Greenson (1967) estabelece uma definitiva descrição sobre a mescla entre transferência e relacionamento real, fazendo uma distinção entre aspectos neuróticos e não-neuróticos do relacionamento do paciente com o psicoterapeuta psicanalítico, além de lugares separados para uma aliança de trabalho e um relacionamento real. A aliança de trabalho compreende: continuidade, comprometimento, modos de se comportar durante a sessão, gerenciamento do tempo e dinheiro, elementos que se consideraria fazendo parte do enquadre. Quando fala de relacionamento real, refere-se à autenticidade (incluindo a franca admissão de erros) e a orientação à realidade externa, bem como a apreciação da realidade extra-analítica (por exemplo: família, fragilidades, contextos). Greenson (1967) vê a aliança de trabalho como característica permanente da psicanálise, bem como a emergência do “relacionamento real” como um aspecto dos estágios posteriores da psicoterapia psicanalítica.

Luborsky (1976) propõe uma extensão das ideias de Zetzel (1956) e de Stone (1961) sobre o conceito de aliança. Sugere que a aliança entre terapeuta e paciente se desenvolve em duas fases: A primeira fase envolve o paciente acreditar que o terapeuta é uma potente fonte de ajuda e que poderá oferecer uma relação de cuidado e apoio. Esse nível de aliança resulta em uma relação de segurança, na qual o trabalho da psicoterapia pode iniciar. A segunda fase engloba o investimento do paciente e a confiança no processo psicoterapêutico por si só, um compromisso com os conceitos fundamentais da psicoterapia, assim como estar disposto a investir em si mesmo para compartilhar o domínio neste processo.

Já Bordin (1975, 1989, 1989) propõe concepções teóricas um pouco diferentes para o conceito de aliança. Refere que a aliança de trabalho é o ponto central a ser atingido de uma instância colaborativa em psicoterapia. Desenvolve-se com domínio de três processos: concordância quanto aos objetivos terapêuticos, consenso quanto às tarefas que compõem a psicoterapia e a ligação entre paciente e terapeuta. Em 1994, ele esclarece que, na medida em que a terapia progride, a força da aliança de trabalho pode evoluir ou decair no curso normal dos eventos; o reparo desses estresses na aliança oferece potentes possibilidades terapêuticas e fazem uma contribuição direta nas mudanças do paciente.

Baseados nas concepções descritas anteriormente, tem-se uma nova conceitualização de aliança terapêutica, enfatizada nos aspectos conscientes da relação e o *trabalhar junto* (Horvath, Symonds & Flückiger, 2011). Os autores acreditam que o terapeuta é responsável por construir a aliança em dois níveis. Inicialmente, faz a seleção do método de investigação congruente com os recursos e as expectativas do paciente. A longo prazo, o terapeuta avalia as necessidades do tratamento através da participação e colaboração do paciente. O terapeuta deve estar preparado para ser ágil e adotar seu método, a fim de alcançar alto nível de reciprocidade.

Etchegoyen (2004) defende que a aliança terapêutica, em contraste com a transferência, decorre da atualização de experiências prévias do paciente que o ajudam a se situar no presente, em vez de levá-lo a repetir o passado no âmbito da relação psicoterapêutica. Porém, na concepção de Zetzel, que a escreveu originalmente, cumpre assinalar que a aliança terapêutica possui elementos racionais e irracionais, tais como a consciência da necessidade de receber assistência profissional para encontrar alívio para o próprio sofrimento emocional, e o desejo de encontrar esse alívio sem empreender maiores esforços.

A aliança também pode ser definida como a relação racional, não neurótica, do paciente com o seu terapeuta. Os elementos básicos da aliança são: o desejo racional e consciente por parte do paciente de cooperar, e sua aptidão para seguir as instruções e compreensões do terapeuta. A aliança de trabalho se estabelece fora da análise da transferência e necessita de ações do analista sobre a realidade da relação, o que vários outros autores consideraram fora da regra da neutralidade e da abstinência analítica (Arlow & Brenner, 1966).

Perspectivas Contemporâneas do Conceito de Aliança Terapêutica

Veríssimo (2007) toma emprestado de Bleandonu (2003) um conceito de aliança terapêutica: um “entendimento para ascender a uma forma de experiência nova nos seus aspectos emocionais, imaginários e simbólicos, o que permite que se anteveja uma nova forma de funcionamento psíquico diferente daquela a que se está habituado e que também comporta a experiência de encontrar sentido nos sintomas do sofrimento psíquico”.

A aliança terapêutica ou aliança de trabalho representa “a qualidade e a força de uma relação colaborativa entre paciente e terapeuta na psicoterapia” (Horvarth & Bedi, 2002). A aliança inclui o vínculo afetivo entre paciente e terapeuta, o acordo entre eles nos objetivos examinados na psicoterapia e o compromisso firmado entre ambos quanto às estratégias necessárias para atingir as metas traçadas.

Bordin (1979) propõe um modelo que inclui o acordo sobre as metas para a psicoterapia, os métodos para atingir esses objetivos entre o paciente e terapeuta e a ligação emocional entre a dupla. Essa definição de aliança tem sido amplamente utilizada na pesquisa em psicoterapia e como guia na prática clínica (Safran & Muran, 2000; Horvath et al., 2011).

Aliança Terapêutica no Processo e sua Relação com os Resultados do Tratamento

A aliança terapêutica tem sido associada ao melhor resultado no tratamento de uma variedade de problemas psicológicos e psiquiátricos, incluindo: depressão, transtornos de personalidade e dependência química (Conners et al., 1997; Carrol & Rounsaville, 1997; Hellerstein et al., 1998). Ensaio clínicos que empregam terapias cognitiva, interpessoal, comportamental e psicodinâmica também demonstraram a relevância da presente descoberta (Krupnick et al., 1996; Gaston et al., 1998).

A pesquisa de Barber et al. (2000) também avaliou a aliança como preditor de resultado para a mudança de sintomas em psicoterapia. O estudo examinou as associações entre aliança terapêutica, início e resultado de tratamento em um grupo de 86 pacientes com distúrbios de ansiedade generalizada, depressão crônica, transtorno de personalidade esquiva e transtorno obsessivo compulsivo, tendo eles recebido psicoterapia psicodinâmica de apoio. O resultado apontou que a melhora sintomática está associada com o nível de aliança. Os pacientes que tendiam a ter vínculo mais forte e de colaboração com seus terapeutas evoluíram para uma subsequente melhora da depressão.

Outro estudo avaliou o impacto da aliança terapêutica na psicoterapia psicodinâmica breve, tendo constatado que pacientes com maior índice de aliança de trabalho obtiveram, na terceira sessão, impacto significativo na mudança de sintomatologia medido por todas as escalas. Além disso, os pacientes que perceberam seus psicoterapeutas com maior capacidade de compreensão e envolvimento em suas questões, obtiveram maior redução da sintomatologia da depressão; os pacientes com maior capacidade para a aliança de trabalho atingiram os melhores resultados (Marcolino & Iacaponi, 2003).

As discussões atuais sobre a aliança terapêutica apontam para a relevância do tema na psicoterapia e a necessidade de seguir novas pesquisas, aprofundando as vicissitudes da relação terapêutica. As pesquisas atuais trazem enfoques diferentes a respeito da dinâmica da aliança. Algumas contemplam as características do paciente e sua interferência; outras

reforçam a importância da atitude do terapeuta no manejo da aliança; outras, ainda, apontam para a relação da dupla como responsável pela qualidade do vínculo.

Alguns estudos empíricos, por exemplo, indicam que a qualidade da aliança tem correlação positiva com características e comportamentos dos pacientes (expectativas de mudança, qualidade das relações objetivas), além de dificuldades de relacionamentos interpessoais (dificuldades interpessoais, cognições depressogênicas) (Constantino et al., 2002). Ademais, sugerem que os terapeutas devem ser hábeis para prever quais pacientes terão maior dificuldade e/ou levarão mais tempo para estabelecer e manter o vínculo terapêutico. Nessas situações onde a qualidade da aliança é desafiada, os terapeutas devem estar preparados para discutir as dificuldades na relação terapêutica com seus pacientes.

Patterson, Uhlin e Anderson (2008) pesquisaram evidências de características do paciente, que contribuem para a qualidade e a força da aliança no início das sessões de psicoterapia. Eles encontraram que as expectativas que precedem o início do tratamento, podem prever a qualidade da aliança de trabalho em algumas dimensões da aliança. As expectativas referem-se tanto a questões afetivas (confiança mútua, respeito) como a fatores cognitivos (consenso com o compromisso e com os objetivos da terapia). Pacientes que já esperavam assumir responsabilidade com o trabalho de psicoterapia e com a expectativa de se comprometer com o processo tornam-se capazes de estabelecer um vínculo forte e colaborativo com o terapeuta.

Esses resultados parecem replicar a pesquisa de Tokar, Hardin, Adams e Brandel (1996) sobre as expectativas dos pacientes em tratamento. Levantou-se a hipótese de que as expectativas pré-tratamento podem constituir preditores de aliança terapêutica, já que se averiguou também que as expectativas do paciente sobre seu compromisso pessoal de terapia, desempenham um papel importante no desenvolvimento de uma forte aliança no início do tratamento.

Analisando os critérios que definem a aliança terapêutica, Abend (2000) sustenta que a habilidade do paciente em cooperar com o terapeuta no *setting* constitui um conceito fundamental. Ele propõe indagações aos terapeutas sobre seus pacientes: O paciente é sincero e próximo? Está pronto e disposto a refletir espontaneamente sobre o que está acontecendo no tratamento ou somente quando o terapeuta o convida a fazer isso? O paciente considera com seriedade o que o psicoterapeuta diz? O paciente é capaz de sustentar o compromisso a se expressar de forma verbal e/ou comportamental? Há um reconhecimento consciente da parceria que é feita em uma terapia? A autora acredita que estas são algumas questões capazes de verificar a presença ou não de uma aliança terapêutica.

Outro estudo empírico relevante avaliou o vínculo dos pacientes que escondem segredos relevantes. Kelly e Yuan (2009) avaliaram a aliança terapêutica e a mudança de sintomas. A pesquisa foi feita com 83 pacientes em terapia e com 22 psicoterapeutas, em um hospital de saúde mental, com assegurado sigilo na sessão. Os pacientes que disseram guardar um segredo relevante (27%) marcaram um baixo escore na escala de aliança terapêutica, comparado com pacientes que disseram não guardar segredos. Os terapeutas desses pacientes também relataram uma aliança mais fraca, mesmo não sabendo que os pacientes estariam escondendo algum segredo importante.

Na mesma direção, a personalidade do paciente é um dos aspectos determinantes da qualidade da aliança terapêutica. Uma hipótese apontada por Hersoug, Sexton e Hoglend (2002) e Gomes (2008) é que os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes poderiam associar-se à qualidade da aliança terapêutica. Porém, o estudo multicêntrico realizado por Hersoug, Sexton e Hoglend (2002) demonstrou que o padrão defensivo não influenciou na qualidade da aliança terapêutica, bem como na melhora em psicoterapia breve psicodinâmica, concluindo que os sintomas cederam no início da terapia e que as defesas podem mudar ao longo do tratamento. Gomes (2008) também refere a ausência dessa associação, sugerindo

que essa variável está de fato mais relacionada a fatores ditos “inespecíficos”. Com isso, reforça a importância dos fatores relacionados ao terapeuta em relação às variáveis determinantes de prognóstico em psicoterapia psicanalítica.

Ainda alguns autores tem tentado mostrar empiricamente como a aliança corresponde com as imagos infantis que se repetem na relação terapêutica. Hentschel (2005) investigou esse tema através de uma pesquisa com 126 pacientes e 38 terapeutas que responderam um instrumento que avaliava a aliança terapêutica e um questionário com itens pré-formulados que descreviam 10 funções maternas, 10 paternas e 10 funções para o terapeuta. A partir daí construiu um perfil para cada um e estudaram as semelhanças através de correlações. Os resultados confirmaram que as imagens internalizadas da mãe e do pai influenciaram a aliança terapêutica, e que o desenvolvimento da aliança terapêutica pode ser seguido retrospectivamente a suas origens, as imagens parentais infantis formadas na infância.

Outros autores enfatizam, por outro lado, características dos terapeutas que dificultam o estabelecimento da aliança, tais como rigidez, críticas e interpretações inapropriadas (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Um estudo que examinou a história interpessoal e o comportamento na sessão (Henry et al., 1993) mostrou que terapeutas com maior hostilidade e egocentrismo aparecem como potenciais de risco e opõem as interações terapêuticas com os pacientes. Ackerman e Hilsenroth (2003) demonstraram, em sua pesquisa, a influência das características do terapeuta e de sua técnica no desenvolvimento da aliança terapêutica. Segundo ele, algumas características, tais como flexibilidade, respeito, honestidade, confiabilidade, confiança, calor humano, interesse e tolerância, contribuíram positivamente para a formação da aliança terapêutica. Além disso, o uso de técnicas de exploração, reflexão, valorização de resultados, interpretações acuradas, facilitação da expressão dos afetos e valorização da experiência do paciente, também contribuiu positivamente na aliança.

Considerando a importância do terapeuta na promoção da aliança, alguns estudos sugerem que se trabalhe com possíveis rupturas na aliança ou impasses terapêuticos que surgem ao longo do processo que, se inadequadamente manejados, podem propiciar abandono de tratamento (Castonguay et al., 1996; Piper et al., 1999). Safran e Muran (2000) enfatizam a capacidade do terapeuta de reconhecer e lidar com as ameaças da aliança terapêutica (rupturas). Acredita-se que os terapeutas consideram usar habilidades de metacomunicação descritas por Safran e Muran (2000). Essas intervenções incluem convidar o paciente a falar sobre as rupturas na aliança, bem como explorar estas experiências de ruptura. Isso auxilia o paciente a fazer ligações entre a ruptura e seu estilo habitual de se relacionar com os outros, ajudando-o a explorar seus medos, expressar sentimentos negativos a respeito de si mesmo e da relação com o terapeuta.

Essas intervenções capacitam o terapeuta a desenvolver alianças consistentes e propiciar o engajamento colaborativo dos dois participantes. Como a aliança constitui-se fenômeno que interfere no resultado, se medida nas sessões iniciais do tratamento (Philips, Wennberg & Werbart, 2007), sugere-se que os terapeutas trabalhem desde o primeiro contato com o pacientes com ela, preparando-se para manejar as possíveis dificuldades e rupturas ao primeiro sinal de emergência (Safran & Muran, 2000; Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Outra forma sugerida é que os terapeutas comecem a observar as emoções negativas e os estados contraprodutivos, adotando de forma consciente e sistemática uma observação atenta, minimizando, então, a possibilidade de que o paciente sinta o terapeuta como hostil e distante, resultando no enfraquecimento da aliança (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006).

Hill e Knox (2009), em um artigo sobre o desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo da psicoterapia, fornecem evidências teóricas e empíricas da necessidade e eficácia de processar a relação terapêutica. Torna-se relevante que terapeutas compreendam mais sobre

diferentes vínculos que terão com seus pacientes. O desenvolvimento da relação terapêutica significa discutir os sentimentos surgidos no momento, além dos inevitáveis problemas que emergem no *setting*. Dessa forma, os sentimentos são expressos e aceitos, os problemas resolvidos e discutidos, e o relacionamento terapêutico é reforçado, fazendo com que os pacientes transfiram para as outras relações. Os autores concluem que é importante desenvolver métodos inovadores para estudar esse fenômeno, uma vez que se trata de um processo complicado que ocorre ao longo do tempo e varia de dia para dia.

Christoph et al. (2006) avaliaram a possibilidade de os terapeutas desenvolverem alianças positivas, fornecendo um treinamento específico para os mesmos, através de um manual elaborado por *experts*. As técnicas foram organizadas através da teoria dos três componentes da aliança, proposta por Bordin (1979): a concordância sobre as tarefas, o acordo em objetivos e o vínculo terapêutico. O manual inclui formas de maximizar o acordo explícito e contínuo sobre o que a dupla deseja atingir com a psicoterapia. Além disso, os pacientes foram sensibilizados para o processo de terapia, estabelecendo o contrato de trabalho. O estabelecimento de um clima de cooperação e uma comunicação eficaz foi perseguido pelo trabalho empático do psicoterapeuta. Os resultados globais desse estudo preliminar evidenciam que o treinamento pode melhorar com sucesso as alianças, além de melhorar a qualidade de vida.

O monitoramento ativo da aliança também é uma prática recomendada. A força da aliança pode oscilar ao longo do tratamento, em resposta a uma variedade de fatores que surgem no processo. Por exemplo: terapeuta desafiando o paciente a lidar com situações difíceis, mal-entendidos, transferências, e assim por diante. Essas variações fazem parte do processo e devem ser compreendidas e resolvidas, de forma que o terapeuta não responda de forma crítica e hostil. Reforça, então, a importância de os terapeutas desenvolverem a

habilidade de internalizar e não ignorar respostas negativas de seus pacientes (Norcross, 2011).

Como bem observam Eizirik, Liberman e Costa (1998), a aliança terapêutica também se encontra intimamente associada à “relação terapêutica real”, que, por sua vez, tem como ponto de partida principal para o paciente as características pessoais do psicoterapeuta, evidenciadas na execução do contrato terapêutico e na definição de regras aceitáveis para ambas as partes, tratando-se sobre frequência, horário, duração, faltas, atrasos, sigilo, férias e honorários. Comunicar tais regras ao paciente com clareza, serenidade e sensibilidade é um imperativo para minimizar distorções transferenciais. Deve-se enfatizar desde o início que o paciente necessita assumir a iniciativa das sessões e, gradativamente, desenvolver o hábito da auto-observação.

O relacionamento real aparece também na conceituação específica da relação terapêutica, citando-se o modelo tripartido desenvolvido por Gelso e seus colaboradores (Gelso & Carter, 1994; Gelso & Hayes, 1998; Gelso & Samstag, 2008; Gelso, 2011). Neste modelo, a relação terapêutica é dividida em três componentes inter-relacionados: aliança de trabalho, configuração de transferência-contratransferência e relacionamento real. No entanto, a relação real tem sido a menos estudada das três. É um componente que compreende exigência fundamental de dois elementos: genuidade e realismo. O primeiro refere-se à habilidade de ser quem verdadeiramente é, para poder agir de forma autêntica no aqui e agora. O segundo indica perceber o outro de forma a beneficiá-lo, em vez de atuar de acordo com projeções desejadas ou temidas.

Mesmo os artigos que demonstram a aliança como importante preditor de pesquisa, pouco exploram o papel da dupla em sua variabilidade. A aliança é formada na operação complexa entre paciente e terapeuta. Cada um traz consigo características próprias, sua história e sua personalidade (Gelso & Carter, 1994). Hilliard, Henry e Strupp (2000) também

concluíram que as histórias interpessoais dos terapeutas e pacientes interferem de forma direta ou indireta no processo e no resultado do tratamento.

Identificaram-se quatro fontes de variabilidade da aliança. A primeira delas refere-se ao paciente. Alguns são capazes de estabelecer uma relação de colaboração maior que os outros. A segunda está relacionada com os psicoterapeutas, que são eficazes e conseguem envolver-se com pacientes de modo colaborativo. A terceira fonte está relacionada com a interação entre paciente e terapeuta; por exemplo, alguns terapeutas conseguem estabelecer uma aliança forte independentemente da capacidade do paciente em fazê-la. A quarta fonte de variabilidade relaciona-se com a hipótese de que a aliança é uma consequência de mudanças que ocorrem na terapia, fazendo com que a mesma seja mais forte. A aliança é consequência de uma mudança no sintoma inicial (Baldwin, Wampold & Imel, 2007).

Somando à relevância desses achados, outros estudos demonstram que uma falha no estabelecimento da aliança terapêutica pode implicar abandono precoce de tratamento, já que a aliança é estabelecida nas primeiras sessões (Tryon & Kane, 1990, 1995; Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998; Philips, Wennberg & Werbart, 2007). Em revisão de meta-análise, Sharf, Diener e Primavera (2010) encontraram uma forte relação entre o abandono da psicoterapia e a aliança terapêutica. Pacientes com aliança mais fraca eram mais propensos a abandonar o tratamento.

Considerações Finais e Direções Futuras

Se ainda não é possível estabelecer preditores consistentes da aliança terapêutica, a literatura científica aponta dados importantes que revelam a importância do vínculo terapêutico em tratamentos bem sucedidos. A definição de aliança terapêutica que tem sido mais utilizada na pesquisa em psicoterapia e na prática clínica é o modelo proposto por Bordin (1979).

Estudos demonstram que características tanto do paciente como do terapeuta relacionam-se com a formação da aliança terapêutica e que necessitam ser mais bem explorados. Revela-se essencial que o terapeuta prepare-se desde as primeiras sessões para trabalhar o vínculo e evitar que dificuldades maiores ou rupturas aconteçam. Evidencia-se a relevância dessas pesquisas, pois possibilitam que os terapeutas desenvolvam recursos consistentes de intervenção na formação do vínculo terapêutico nas fases iniciais do tratamento e também mantenham uma aliança forte durante todo processo. O desenvolvimento da aliança é uma dimensão que o psicoterapeuta pode e deve aprimorar, assim como foi treinado a atender outros aspectos da prática.

A atenção dada à aliança terapêutica propicia encaminhamentos mais eficazes, diminuição de abandono de tratamento e melhora dos sintomas iniciais, revelando-se, assim, forte fator de implicações clínicas.

OBJETIVOS

1. Objetivos Gerais

1.1. Investigar a qualidade da aliança terapêutica entre psicoterapeutas e pacientes adultos em um ambulatório de saúde mental em Porto Alegre.

1.2. Verificar se há fatores que se associam a uma melhor aliança terapêutica, na percepção dos pacientes.

2. Objetivos Específicos

2.1. Avaliar as quatro dimensões da aliança terapêutica, segundo instrumento Calpas – P:

2.1.1. Aliança terapêutica;

2.1.2. Aliança de trabalho;

2.1.3. Compreensão e envolvimento do terapeuta;

2.1.4. Acordo entre o paciente e o terapeuta em relação aos objetivos e às estratégias.

2.2. Verificar se a qualidade da aliança terapêutica se associa com:

2.2.1 Variáveis sociodemográficas (sexo do paciente e do terapeuta, idade do paciente e do terapeuta, escolaridade do paciente);

2.2.2. Variáveis clínicas (tempo de experiência do terapeuta, sintomas do paciente, diagnóstico do paciente).

ARTIGO EMPÍRICO

FACTORS ASSOCIATED WITH THE PERCEPTION OF THERAPEUTIC ALLIANCE FOR PATIENTS IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

Camila Piva da Costa, Mestranda em Ciências Médicas – Psiquiatria pela UFRGS;
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Submetido ao periódico *Psychotherapy Research*

FACTORS ASSOCIATED WITH THE PERCEPTION OF THERAPEUTIC ALLIANCE FOR PATIENTS IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

Camila Piva da Costa¹, Camila Alves², Cláudio L. Eizirik³

¹Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy at Contemporâneo Institute of Psychoanalysis and Transdisciplinarity. Master student in Medical Sciences – Psychiatry at UFRGS.

²Psychologist, research assistant

³Training analyst at Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre and former president of the International Psychoanalytic Association. Ph.D in Medical Sciences – Psychiatry at UFRGS

Affiliated institution: Postgraduate Program in Medical Sciences – Psychiatry – UFRGS.

Corresponding Author

Camila Piva da Costa

Tobias da Silva, n° 267, ap. 203, Porto Alegre, RS – Brazil, 90570-020

Phone: +55 51 91996857

e-mail: camilapdacosta@gmail.com

Abstract

The patient's perception of the relationship with their therapist is determinant for their treatment adherence and for the success of psychotherapy. Establishing predictors of therapeutic alliance may potentially help psychotherapists to use forms of intervention during the early stages of treatment. This study aimed to investigate the association between socio-demographic and clinical factors of both patient and therapist and the way in which the patient perceives the therapeutic alliance. The results suggest that the intensity of psychoticism symptoms and patient gender influence the perception of the therapeutic alliance.

Keywords: Psychoanalytic Psychotherapy; Therapeutic Alliance; Socio-demographic and Clinical Factors; Predictors; Symptoms; Gender.

Introduction

Psychoanalytic psychotherapy has expanded his field of research, in an effort to analyze variables involved in the process and in treatment outcomes. In recent decades, with the increasing refinement of the psychoanalytic technique, the psychotherapist's mind and the bipersonal field formed by therapist and patient are increasingly regarded as core elements in research (Eizirik, 2006). Therefore, the patient's perception of their relationship with the psychotherapist is essential for their adherence to treatment and to the success of psychotherapy.

The therapeutic alliance is a key concept in the psychoanalytic psychotherapy process (Bordin, 1974; Luborsky, 1976; Luborsky et al., 1996). Historically, the therapeutic alliance was developed in order capture the special role played by the psychotherapist-patient relationship: in 1912, Freud outlined the first references to this model (Freud, 1974). Between the 1930s and the late 1970s, other authors revised and expanded the concept of alliance (Zetzel, 1956; Greenson, 1967; Bordin, 1979; Sterba, 1994).

The therapeutic alliance is understood as the patient's ability to establish a working connection with the therapist, including their motivation to cooperate and their ability to actively participate in the process (Greenson, 1967). It depends on the patient's affective bond with the therapist, on the mutual agreement on objective tasks and in the therapist's role as an empathic listener (Gaston, 1991; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001).

Several studies have shown that the therapeutic alliance is the most solid predictor of psychotherapeutic results, whether in the cognitive, interpersonal, behavioral or psychodynamic approaches (Horvath & Symonds, 1991; Krupnick et al., 1996; Carroll, Nich, & Rounsaville, 1997; Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh, & Donovan, 1997; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998; Hellerstein et al., 1998; Norcross, 2002;

McCabe & Priebe, 2004; Patterson, Uhlin, & Anderson, 2008). Presumably, the quality of the alliance is more important in predicting positive results than the type of psychotherapy, and it is established as an undeniable, strong nonspecific factor that explains the change across various clinical modalities and theoretical approaches (Safran & Muran, 2000; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). Nevertheless, little has been discovered about the factors that could promote a better alliance and whether it is possible to work on developing an alliance (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Meissner, 2007; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007).

There are signs that a patient's defensive style does not influence the establishment of a therapeutic alliance (Hersoug, Sexton, & Hoglend, 2002; Gomes, Ceitlin, Hauck, & Terra, 2008). The positively associated factors described in the literature are a patient's motivation, a patient's expectations prior to starting treatment (Safran & Muran, 2000) and the traits of openness and exploration, in therapists (Horvath, 2001). The negatively associated aspects are severity of patient's symptoms (Casey, Oei, & Newcombe, 2005), patient's perception of irritability and coldness from the therapist, early use of interpretations (Horvath & Bedi, 2002) and negative countertransference (Ligiero & Gelso, 2002).

Given the paucity of studies examining the variables that predict therapeutic alliance in the duo, this study aims to investigate other socio-demographic and clinical data that may be associated with the alliance.

Method

Study site

This is a cross-sectional study, conducted at a mental health outpatient clinic in southern Brazil (Contemporâneo Psychoanalysis and Transdisciplinarity Institute). The outpatient clinic integrates an educational institution, which offers a three-year specialization

program in psychoanalytic psychotherapy. Therapists attending in the clinic are psychologists accredited by the Regional Council of Psychology of the state of Rio Grande do Sul, and professionals who have completed the specialization program receive a specialist title from the same institution. The appointments are open-ended, with fees and frequency of the sessions stipulated over the first few sessions, between each therapist and patient. Based on a sample of sessions held in this clinic, we concluded that psychotherapists at this institution seem to subscribe to the psychoanalytic psychotherapy technique in their interventions (Gastaud et al., 2012).

Instruments

Socio-demographic and clinical questionnaire: data reported by the patient were obtained from the initial contact form that patients fill in as they join the institution, as well as from the records of the professionals who conduct the initial interviews. The diagnosis was formulated through the International Classification of Diseases – 10th Edition (Organização Mundial da Saúde, 1997) by professional experts in psychoanalytic psychotherapy with training for conducting initial interviews and establishing a nosological diagnosis. For analysis purposes, the broad categories that make up the chapter on mental and behavioral disorders were used (World Health Organization, 1992).

Symptom Check List-90-Revised (Laloni, 2001): to assess the type and severity of symptoms presented by the patient, the measures of symptom evaluation established by SCL-90-R were used. They comprise nine dimensions: Somatization, Obsessiveness/Compulsiveness, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideas, and Psychoticism. It was developed by Derogatis and Savitz (2000) and adapted and validated for the Brazilian population by Laloni (2001). The instrument also provides the Global Severity Index (GSI), the Positive Symptom Total (PST)

and the Positive Symptom Distress Index (PSDI), defined by the intensity in which present symptoms are scored.

California Psychotherapy Alliance Scales (Calpas – P): Therapeutic Alliance was evaluated using Calpas – P (patient version), developed by Marmar, Weiss, and Gaston, (1989) internal consistency coefficients ranged from 0.43 to 0.73 for the four subscales and 0.83 for the total (Gaston, 1991). The current version of Calpas – P (patient version) was developed to measure four dimensions:

Patient Commitment Assessment Scale (PC): evaluates the patient's effort in undertaking change, willingness to make sacrifices regarding time and money; having a vision of therapy as an important experience; confidence in therapy and in the therapist; engagement in therapy, despite moments of suffering; commitment to completing the therapeutic process.

Patient Working Capacity Scale (PWC): evaluates the patients' ability to self-monitor their reactions; explore contributions to the problems; experience emotions in a modulated manner; work actively with the therapist's observations, further explore emerging themes; work toward solving the problems.

Therapist Understanding and Involvement Assessment Scale (TUI): assesses the therapist's ability to understand the patient's point of view and suffering; show the patient acceptance without judgment, address the patient's key point of difficulty; intervene tactfully and timely; not use therapy inadequately, for their own needs; show commitment to helping the patient overcome the problems.

Working Strategy Consensus Scale (WSC): addresses the similarity between the therapist's goals and the patient's; joint effort; understanding how someone can be helped, how they may change during therapy, how therapy should be conducted.

The Calpas – P (patient version) was translated into Portuguese by Marcolino and Iacononi (2001).

Data collection

Patients filled out the socio-demographic instruments (data) and SCL-90-R during their intake interview and interviewers provided the diagnosis after this interview. Philips, Wennberg, and Werbart (2007), when researching therapeutic alliance in psychoanalytic psychotherapy, has found that the assessment period would last 2 to 4 sessions. Soon they realized that this period is necessary for establishing the therapeutic alliance and for the psychotherapy to begin. Aiming to create a single criterion, patients filled out the therapeutic alliance questionnaire between the fourth and fifth session.

Participants

Participants were adult patients (aged 18 to 59 years) who had begun psychoanalytic psychotherapy between May, 2011 and May, 2012. Thus, the study included patients who stayed in treatment until the fourth or fifth session, agreed to participate in the study, and signed the informed consent form. All therapists who had previously agreed to participate in the research were included, so that, in terms of the therapists, all socio-demographic and clinical variables (age, gender, experience of the therapist) were represented in the sample.

Ethical concerns

To minimize possible biases in the questionnaires, they were handed out by the institution's receptionists, who had been previously trained to guides patients in how to fill them out. The patient was handed an envelope containing the instructions, the informed consent form, the instrument (Calpas – P) and a seal for the envelope. The patient was

informed that the therapist would not have access to their answers, only to the final result of the research involving all the patients. This project was approved by the research ethics committee at UFRGS, under n° 21447.

Statistical analysis

The sample under study was characterized using the absolute and relative frequency calculation for the categorical variables and the mean values and standard deviation for continuous variables. For some variables, such as time of training and time of clinical experience, the median and interquartile range were used, since they presented with a skewed distribution. The assessment of the association of the variables with the therapeutic alliance dimensions used analysis of variance (ANOVA), Student's t test and Spearman's correlation coefficient. Results with a p value less than or equal to 0.05 were considered to be significant. The statistical analysis was carried out using the SPSS software, version 18.

Results

The final sample totaled 118 patients and 37 therapists. Table 1 describes the distribution of the sample regarding the socio-demographic and clinical characteristics of patients and therapists. [Table 1 near here]

Table 2 describes the associations between the therapeutic alliance dimensions and the socio-demographic factors of patients analyzed in this study. A significant association between patient gender and TUI dimension was noticed. [Table 2 near here]

Table 3 shows the association between the alliance and the therapist's socio-demographic and clinical factors. No significant results were found. [Table 3 near here]

Table 4 shows the association between therapeutic alliance and socio-demographic factors of the duo. No significant results were found [Table 4 near here]

Table 5 shows the association between symptoms presented by the patient and therapeutic alliance. [Table 5 near here]

The SCL-90 dimension that presented a correlation with the alliance was psychoticism. It presented a correlation inversely proportional in the patient commitment (PC) dimension. Patients with higher psychoticism present a lower level of commitment and committal with the therapy process.

Discussion

The results of this study show that, at the beginning of psychotherapy, gender and severity of the patient's symptoms interfere with the perception of therapeutic alliance. It was identified that male patients are, on average, worse at perceiving the alliance in the dimension that refers to therapist understanding and involvement, when compared to female patients. These data may indicate that men tend to regard their therapists as being less capable of understanding their point of view and suffering, showing acceptance without judgment, addressing the key point of difficulty, intervening tactfully and timely, and showing real commitment to help and to overcome problems.

The percentage of men who seek psychotherapy is still small, when compared to that of women (Reneses, Munoz, & Lopez-Ibor, 2009; Khazaie, Rezaie, & de Jong, 2012). In Porto Alegre, a study has found that 59.73% of appointments are made by women, when compared to 34.92% made by men (Campezatto & Nunes, 2007). It is known that these findings are common to other regions of Brazil as well (Enéas, Faleiros, & Sá, 2000; Romaro & Capitão, 2003; Gatti & Jonas, 2007), where women more spontaneously seek psychological care (Enéas, et al., 2000; Romaro & Capitão, 2003; Gatti & Jonas, 2007). Furthermore, the male gender stands out as a risk factor for noncompliance with treatment (Edlund et al., 2002; Díaz et al., 2003). Males tend to seek less help, abandon their treatments more, and appear to

bond less with their therapists. This finding makes it relevant to question the way in which psychoanalytic therapists perform their initial interventions in order to establish a better bond with this specific population. It is further considered that the fact men seek less psychotherapy is already an important indicator of resistance, taking into account the significant result, in the alliance dimension, that assesses patients' perception of the therapist's involvement in the process.

Culturally, there is an apparent trend among men to not display help-seeking behaviors, showing more restraint in their emotionality and opting for more objective measures (such as medication and cognitive behavioral therapy). Psychoanalytic psychotherapy involves a greater exploration of emotions (Blumenfield, 2011; Khazaie, Razaie & Jong, 2012) which could foster this resistance. It could be considered that these male characteristics and the lesser alliance dimension (which includes how the patient perceives his therapist as capable of helping him) could be related to the patient's perception of the therapist's empathic capacity as described by several authors (Greenson, 1967; Kohut, 1977; Meissner, 1996). Empathy provided one of the greatest channels of information, enabling the therapist to assess the current state of the therapeutic alliance and the quality of their relationship with the patient. Lack of empathy between patient and therapist compromises the alliance process, which is confirmed by the finding that measures of early alliance are significantly correlated with measures of empathy, as well as the outcome of psychotherapy (Moseley, 1983; Adler, 1988; Horvath & Greenberg, 1994).

The symptoms of psychoticism proved to be associated with a lesser alliance in the dimension of commitment to psychotherapy. Other researchers have found an association between the intensity and severity of the symptoms and treatment dropout (Morlino, Martucci, Musella, Bolzan, & de Girolamo, 1995; Killaspy, Banerjee, King, & Lloyd, 2000), in addition to supporting the notion that diagnoses of schizophrenia and other psychoses also

increase the probability of dropout (Young, Grusky, Jordan, & Belin, 2000; Bueno et al., 2001). Patients with diagnoses of schizophrenia and schizotypal disorders tend to resist initiating psychotherapy and sustaining any kind of treatment. Furthermore, psychoanalytic psychotherapy may not be the first treatment option, even combined with medication, since there is greater evidence of the positive effect of cognitive behavioral therapy in reducing the symptoms, improving judgment and reducing remission time (Krarup, 2008).

The condition of a lesser alliance regarding the patient's commitment to sustaining psychotherapy may be related to the fact that more regressive patients, with primitive functioning, present a more fragile ego, with immature defense mechanisms and a higher resistance to committing to such an arduous, laborious process as psychotherapy, and they may require more objective ways to engage in treatment (Murawiec & Zechowski, 2007). Such patients are in a narcissistic position, and show less ability to invest in the other, which hinders the commitment with psychotherapies that work directly with object relations. Also, there is the possibility that patients with symptoms of psychoticism could take longer to establish a therapeutic alliance; in these cases, prospective studies with these patients are needed, in order to monitor the evolution of the alliance.

The results suggest that male patients with a high degree of psychoticism are less likely to establish a bond with their therapists. Thereby, it may be necessary for the therapist to know the predictors for poor perception of the therapeutic alliance and make some modifications in the technique, in order to more carefully conduct the initial bond. There is evidence that therapists can learn to learn to improve their alliances with patients; a preliminary study has investigated whether therapists can develop positive alliances with their patients. Therapists were trained using a manual prepared by experts to enhance the therapeutic alliance based on consensus about the tasks, agreement of goals and therapeutic bond, proposing ways to maximize the explicit and continuous agreement of what the duo

wishes to achieve with the psychotherapy. The establishment of a climate of cooperation and effective communication was the result of the therapist's empathic work. The overall results of this study show that training can successfully improve alliances and the quality of life (Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006).

Gomes et al. (2008) has raised the hypothesis that trained therapists can gain a qualified ability to interact with patients, regardless of diagnosis, symptoms and defense mechanisms levels. Ackerman and Hilsenroth (2003) research has shown the influence of the therapist's characteristics and technique in the development of the therapeutic alliance, finding that some characteristics of the therapist, such as flexibility, respect, honesty, reliability, confidence, warmth, interest and tolerance, contributed positively to the establishment of a therapeutic alliance. Furthermore, the use of exploration techniques, reflection, appreciation of results, accurate interpretations, facilitation of affect expression and appreciation of patient experience have also contributed positively.

It is likely that both patients and therapists, with their personal histories, have the potentiality to develop a good alliance, through the characteristics of both. Investigating the effect of specific combinations of patient and therapist variables in the development of the alliance proves to be a rising challenge in the research devoted to the topic (Luborsky, 2000).

The need to investigate the patient-therapist duo is confirmed by the finding that most of the individual factors of patients and therapists was not found to be associated with the perception of alliance. The conception of this intersubjective creative space and of this atmosphere of relationship that is established in psychoanalytic psychotherapy has been described by the Baranger couple (1961) as analytical field. Therefore, it is a new structure, with its own characteristics, rather than a simple sum of the contributions made by therapist and patient (Baranger & Baranger, 1961). The creation of the concept broadens and enhances complexity of the therapist's work, as this new understanding suggests that both subjectivities

(the patient's and the therapist's) are equally integral and important parts of the process, mutually influencing one another and creating an intense emotional contact between patient and therapist, which not only changes but defines the progress or stagnation of the analytical process.

Regarding study limitations, it is considered that the survey was conducted at a single center of psychoanalytic psychotherapy, which makes it impossible to generalize the data. There is also little representation of male therapists in the sample, which constitutes a limitation of this study, while, at the same time, portraying the reality of psychotherapies in our region, where there is still a predominance of female therapists. According to data from the Regional Board of Psychology, the number of active psychologists is 15,688, 91% of which are females and 9% of which are males. Additionally, most therapists participating in the study are beginners and, perhaps, more experienced therapists are able to better manage the therapeutic alliance in early treatment.

We decided to not evaluate the fluctuation of the alliance throughout treatment, mainly because the study did not include a longer follow-up time and due to the fact that the literature emphasizes that the alliance tends to be established in the initial moments of therapy, with initial bond operating as the main predictor of therapeutic results (Horvath & Luborsky, 1993; Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998; Horvath, 2000; Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). Nevertheless, other studies have shown that there are two patterns for the development of the therapeutic alliance throughout treatment: one refers to the consistency of the alliance throughout therapy, while the other points to the linear growth of its quality over time (Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Muran et al., 2009). This raises the need for other research that aims to contribute to clarify this. The follow-up of long term cases could more accurately determine whether the effects of the difference in perception by men, which was found in this study, is restricted to early stage of

treatment, or if this perception is subject to change over the course of a treatment. Moreover, in order to expand this field of research, it is necessary to increase the number of instruments to assess the therapeutic alliance for the Brazilian population.

Conclusion

The findings indicate the importance of the alliance in the process and the complexity of the factors involved. It is suggested that the associations between the alliance and possible predicting varieties of its quality are explored in greater depth.

Since the complexity of the concept is quite evident, the therapeutic alliance is regarded as a multidimensional concept, consisting of several elements, such as socio-demographic and clinical variables, as well as field, intersubjectivity, empathy phenomena. The dialectical movement of these factors, in constant interaction, reflects the development of psychoanalytic psychotherapy and either boosts or hinders the manifestation of other process phenomena, such as transference, countertransference, impasse.

REFERENCES

- 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.
- Adler, J. V. (1988). *A study of the working alliance in psychotherapy (Unpublished doctoral dissertation)*. Doctor of Education - EdD, University of British Columbia, Vancouver, Canada. Retrieved from <https://circle.ubc.ca/handle/2429/29229>
- Baranger, M., & Baranger, W. (1961). La situación analítica como campo dinámico [The analytic situation as a dynamic field]. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 4(1), 3-54. Retrieved from <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040101.pdf>
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.
- Blumenfield, M. (2011). Choosing a psychotherapist: Should gender matter? . *Huffpost healthy living* May 31. Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/michael-blumenfield-md/choosing-a-psychotherapist_b_868475.html
- Bordin, E. S. (1974). *Research strategies in psychotherapy*. New York: John Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Bueno, H. A., Córdoba, D. J. A., Escolar, P. A., Carmona, C. J., & Rodríguez, G. C. (2001). El abandono terapêutico [The therapeutic abandonment]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 33-40.

- Campezatto, P. v. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre [Client's profile of university's Psychology clinics from Porto Alegre's metropolitan region]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 376-388. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300005&nrm=iso
- Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1997). Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 510-514.
- Casey, L. M., Oei, T. P. S., & Newcombe, P. A. (2005). Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 55-68.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy (Chic)*, 43(3), 271-279.
- Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R., & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 588-598.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy (Chic)*, 43(3), 280-285.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Díaz, C. J., Avis, D., Araujo, E., Pascual, M. A., Portolés, J., Criado, C., & Ramírez, R. (2003). Estudio de variables relacionadas con el abandono de pacientes de un servicio de salud mental [Study of variables related to the abandonment of patients in a mental health servisse]. *Anales de Psiquiatría, 19*, 296-300. Retrieved from <http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?IR=26&IESP=16&S=1>
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *The American Journal of Psychiatry, 159*(5), 845-851. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11986140>
- Eizirik, C. L. (2006). [Psychoanalysis and research]. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(3), 171-172.
- Enéas, M. L. E., Faleiros, J. C., & Sá, A. C. A. (2000). Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: Caracterização dos processos com adultos [Use of brief psychotherapies in clinical school: Characterization of processes with adults]. *Psicologia: Teoria e Prática, 2*(2), 9-30. Retrieved from <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1108/817>
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*(4), 262-268. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11696653>
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research, 15*, 69-79.
- Freud, S. (1974). A dinâmica da transferência [The dynamics of transference]. In S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*

[The standard brazilian edition of the complete psychological works of Sigmund Freud] (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago.

- Gastaud, M. B., Costa, C. P. d., Padoan, C. S., Berger, D., D'Incao, D. B., Krieger, D. V., Camozzato, M. A. V. (2012). Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar [Adherence to technique in psychoanalytic psychotherapy: a preliminary study]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61, 189-190.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales – patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68-74.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190-209.
- Gatti, A. L., & Jonas, A. L. (2007). Caracterização do atendimento psicoterápico a adultos em clínica-escola no ano de 2005 [Characterization of psychotherapy to adults in the school clinic in 2005]. *Integração*, 13, 89-93. Retrieved from ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/89_48.pdf
- Gomes, F. G., Ceitlin, L. H., Hauck, S., & Terra, L. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica [The relationship between defense mechanisms and the quality of therapeutic alliance in analytic psychotherapy]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30, 109-114.
- Greenson, R. (1967). *A técnica e a prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N., Pinsky, H., Samstag, L. W., Muran, J. C., & Winston, A. (1998). A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(4), 261-271. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9752637>

- Hersoug, A. G., Sexton, H. C., & Hoglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 539-554.
- Horvath, A., & Symonds, D. B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 3-8, 365-372.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The therapeutic alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist relational contributions to effective psychotherapy* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 61(4), 561-573.
- Khazaie, H., Rezaie, L., & de Jong, D. M. (2012). Dropping out of outpatient psychiatric treatment: a preliminary report of a 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. *Gen Hosp Psychiatry*.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 160-165.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York International Universities Press.
- Krarup, G. (2008). [Psychotherapy for schizophrenia]. *Ugeskr Laeger*, 170(46), 3755-3758.
- Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19014723>

- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de avaliação de sintomas 90-R (SCL-90-R): Adaptação, precisão e validade [SCL-90-R: Adaptation, reliability and validity] (Unpublished doctoral dissertation)*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brazil. Retrieved from http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294
- Ligiero, D. P., & Gelso, C. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric Properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260-271.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 10, 17-29.
- Marcolino, J. A. M., & Iacoponi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 88-95.
- Marmar, C., Weiss, D., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*, 1, 46-52.

- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128.
- Meissner, W. W. (1996). Empathy in the therapeutic alliance. *Psychoanalytic Inquiry*, 16, 39-53.
- Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 231-254.
- Morlino, M., Martucci, G., Musella, V., Bolzan, M., & de Girolamo, G. (1995). Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(1), 1-6.
- Moseley, D. (1983). *The therapeutic relationship and its association with outcome (Unpublished master's thesis)*. University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy (Chic)*, 46(2), 233-248.
- Murawiec, S., & Zechowski, C. (2007). [Schizophrenic patient's constant refusal of psychotropic medication--case report and psychodynamic remarks]. *Psychiatria Polska*, 41(4), 551-560.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 3-16). London: Oxford University Press.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10/ Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde [Internacional statistical classification of diseases and related health problems]* (10 ed. Vol. 1). São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed.). New York: Wiley.
- Patterson, C. L., Uhlin, B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 528-534.
- Philips, B., Wennberg, P., & Werbart, A. (2007). Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 80(Pt 2), 229-245.
- Reneses, B., Munoz, E., & Lopez-Ibor, J. J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*, 8(3), 173-177.
- Romaro, R. A., & Capitão, G. C. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco [Characterization of the clientele of the school-clinic of psychology of the Universidade São Francisco]. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5, 111-121.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *J Psychother Pract Res*, 7(2), 126-143.
- Sterba, R. (1994). The fate of the ego in analytic therapy (1934). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42(3), 863-873.

- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629-642.
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: World Health Organization.
- Young, A. S., Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T. R. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services, 51*(1), 85-91.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis, 37*(4-5), 369-376.

Table 1. Socio-demographic and clinical variables of the sample

	N	%
Patient gender		
Female	87	73.7
Male	31	26.3
Patient age (in years)	32.6 ± 10.3 ^a	
Patient schooling		
College degree	87	73.7
No college degree	31	26.3
Patient diagnosis		
F30-F39	57	48.3
F40-F48	40	33.9
F99	13	11.0
F60-F69	5	4.2
F10-F19	3	2.5
Therapist/patient gender		
Female/Female	79	66.9
Female/Male	26	22.0
Male/Female	8	6.8
Male/Male	5	4.2
Therapist gender		
Female	105	89.0
Male	13	11.0
Therapist age (in years)	31.5 ± 8.5 ^a	
Age difference between therapist and patient		
Same age (up to 5 years)	45	38.1
Younger therapist (5 years or more)	39	33.1
Older therapist (5 years or more)	34	28.8
Time of training in Psychology	4 (1.5-6) ^b	
Time of clinical activity	3 (1.4-6) ^b	
Degree of instruction in course		
Specialist	60	50.8
First	44	37.3
Second	7	5.9
Third	7	5.9

^a Mean ± standard deviation.

^b Median (interquartile range).

Table 2. Associations between alliance and patient's socio-demographic and clinical factors

Variables	N	PC		PWC		TUI		WSC		Total alliance	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gender											
Female	87	5.83	0.70	5.45	0.77	6.66	0.45	6.27	0.83	6.05	0.57 ^b
Male	31	5.58	0.96	5.27	0.94	6.44	0.61	6.17	0.67	5.86	0.61
<i>p</i>		0.127		0.292		0.036*		0.541		0.151	
Schooling											
College degree	87	5.77	0.83	5.46	0.82	6.61	0.49	6.26	0.81	6.00	0.60 ^b
No college degree	31	5.77	0.65	5.24	0.79	6.60	0.55	6.22	0.74	5.96	0.51
<i>p</i>		0.994		0.206		0.935		0.840		0.701	
Diagnosis											
F30-F39	57	5.87	0.67	5.48	0.79	6.64	0.44	6.27	0.81	6.03	0.56 ^b
F40-F48	40	5.78	0.8	5.32	0.72	6.6	0.49	6.25	0.66	5.99	0.56
F99	13	5.63	0.68	5.41	0.78	6.65	0.42	6.51	0.61	6.05	0.47
F60-F69	5	5.63	1.29	5.63	1.05	6.5	0.85	5.66	1.44	5.85	1.02
F10-F19	3	4.55	1.36	4.72	2.02	6.00	1.32	5.61	1.06	5.22	0.59
<i>p</i>		0.065		0.505		0.299		0.183		0.194	

PC = Patient Commitment; PWC = Patient Working Capacity; TUI = Therapist Understanding and Involvement; WSC = Working Strategy Consensus; SD = standard deviation.

SD = Standard Deviation

* Significant $p \leq 0.05$

^b Student's t test

Table 3. Associations between alliance and therapist's socio-demographic and clinical factors

Variables	N	PC		PWC		TUI		WSC		Total alliance		
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Gender												
Female	105	5.76	0.82	5.38	0.81	6.6	0.53	6.23	0.82	5.98	0.60 ^a	
Male	13	5.79	0.35	5.61	0.82	6.62	0.27	6.41	0.51	6.11	0.33	
<i>p</i>		0.822		0.331		0.891		0.443		0.232		
Degree of instruction in course												
Specialists	60	5.8	0.76	5.38	0.89	6.58	0.52	6.31	0.66	5.99	0.56 ^b	
First	44	5.72	0.67	5.39	0.66	6.6	0.46	6.12	0.88	5.95	0.53	
Second	7	5.62	1.48	5.38	1.1	6.57	0.83	6.4	0.7	5.99	0.95	
Third	7	5.95	0.8	5.78	0.79	6.86	0.25	6.33	1.27	6.23	0.67	
<i>p</i>		0.821		0.660		0.607		0.626		0.715		
		n	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Time of training in Psychology	118	-0.05	0.58	-0.1	0.27	-0.04	0.7	0.03	0.77	-0.06	0.534 ^c	
Time of clinical activity	118	-0.04	0.66	-0.13	0.15	-0.11	0.24	0.06	0.54	-0.07	0.424	

PC = Patient Commitment; PWC = Patient Working Capacity; TUI = Therapist Understanding and Involvement; WSC = Working Strategy Consensus; SD = standard deviation.

^a Student's t test,

^b ANOVA

^c Spearman's correlation coefficient, $p \leq 0.05$

Table 4. Associations between alliance and socio-demographic factors of duo

Variables	N	PC		PWC		TUI		WSC		Total alliance	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Therapist/patient gender											
Female/Female	79	5.83	0.73	5.42	0.76	6.66	0.47	6.24	0.86	6.02	0.59 ^a
Female/Male	26	5.56	1.03	5.25	0.95	6.43	0.66	6.19	0.68	5.85	0.65
Male/Female	8	5.85	0.34	5.77	0.76	6.71	0.26	6.60	0.23	6.23	0.22
Male/Male	5	5.70	0.40	5.36	0.94	6.50	0.26	6.09	0.69	5.91	0.41
<i>p</i>		0.486		0.475		0.215		0.587		0.378	
Therapist/Patient age											
Same age (up to 5 years)	45	5.85	0.68	5.46	0.88	6.55	0.60	6.26	0.73	6.02	0.58
Younger therapist (5 years or more)	39	5.72	0.91	5.27	0.70	6.60	0.54	6.17	0.92	5.94	0.60
Older therapist (5 years or more)	34	5.71	0.76	5.49	0.85	6.68	0.30	6.32	0.71	6.01	0.56
<i>p</i>		0.671		0.432		0.557		0.732		0.798	

PWC = Patient Working Capacity; PWC = Patient Working Capacity; TUI = Therapist Understanding and Involvement; WSC = Working Strategy Consensus; SD = standard deviation.

^a ANOVA, $p \leq 0.05$

Table 5. Correlations of SCL-90 and Calpas – P

	n	PC	PWC	TUI	WSC	Total alliance
GSI Global Severity Index	118	-0.116	-0.031	0.05	0.001	-0.084
PSDI Positive Symptom Distress Index	118	-0.07	0.061	0.109	0.074	0.021
Somatization	118	-0.049	-0.102	-0.043	-0.095	-0.142
Obsessiveness/Compulsiveness	117	-0.05	-0.023	0.053	0.028	-0.048
Interpersonal sensitivity	118	-0.06	-0.032	0.083	-0.008	-0.054
Depression	118	-0.078	0.005	0.047	0.06	-0.03
Anxiety	118	-0.094	-0.024	0.062	-0.027	-0.074
Hostility	118	-0.101	0.02	0.104	0.028	0.004
Phobic Anxiety	118	-0.084	-0.036	0.059	-0.031	-0.09
Paranoid Ideas	118	-0.162	0.009	0.011	0.028	-0.072
Psychoticism	118	-0.231*	-0.073	-0.043	-0.042	-0.173

PWC = Patient Working Capacity; PWC = Patient Working Capacity; TUI = Therapist Understanding and Involvement; WSC = Working Strategy Consensus.

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ARTIGO EM PORTUGUES

FATORES ASSOCIADOS A PERCEPCAO DE ALIANCA TERAPEUTICA POR PACIENTES EM PSICOTERAPIA PSICANALITICA

Camila Piva da Costa, Camila Alves, Claudio Eizirik

Resumo

A percepção do paciente sobre a relação com seu psicoterapeuta é determinante para a sua permanência em tratamento e para o sucesso da psicoterapia. Estabelecer preditores de aliança terapêutica pode ter o potencial de auxiliar os psicoterapeutas a utilizar formas de intervenção durante as fases iniciais do tratamento. O objetivo do estudo foi investigar a associação entre fatores sócio-demográficos e clínicos do paciente e do terapeuta e a forma como o paciente percebe a aliança terapêutica. Os resultados apontam para a influência da intensidade dos sintomas de psicoticismo e do gênero do paciente na percepção da aliança terapêutica.

Palavras chave: Psicoterapia Psicanalítica; Aliança Terapêutica; Fatores Sócio-demográficos e Clínicos; preditores; Sintomas; Gênero.

Introdução

A psicoterapia psicanalítica tem ampliado seu campo de investigação, buscando analisar variáveis do processo e dos resultados do tratamento. Nas últimas décadas, com o crescente refinamento da técnica psicanalítica, cada vez mais se incluem a mente do psicoterapeuta e o campo bipessoal que este constitui com o paciente como elementos centrais da investigação (Eizirik, 2006). Portanto, a percepção do paciente sobre a relação com seu psicoterapeuta é essencial para a sua permanência em tratamento e para o sucesso da psicoterapia.

A aliança terapêutica é um conceito central no processo da psicoterapia psicanalítica (Bordin, 1974; Luborsky, 1976, 1996). Historicamente, a aliança terapêutica foi desenvolvida a fim captar o papel especial desempenhado pela relação paciente-psicoterapeuta: em 1912, Freud esboçou as primeiras referências a este modelo. Entre as décadas de 1930 até o final dos anos de 1970, outros autores revisaram e expandiram o conceito de aliança (Sterba, 1934, Zetzel, 1956, Greenson, 1967, Bordin, 1979). A aliança terapêutica é entendida como a capacidade do paciente de estabelecer uma ligação de trabalho com o terapeuta, incluindo sua motivação em colaborar e sua capacidade de participar ativamente do processo (Greenson, 1967). É dependente dos laços afetivos do paciente com o terapeuta, do acordo mútuo nas tarefas objetivas e do papel do terapeuta como um ouvinte empático (Gaston, 1991; Fenton et al, 2001).

Vários estudos tem demonstrado que a aliança terapêutica é o preditor mais sólido de resultados das psicoterapias tanto para as abordagens cognitivas, interpessoal, comportamental quanto psicodinâmica (Horvath & Symonds, 1991; , Krupnick et al, 1996; Conners et al, 1997, Carrol & Rounsaville, 1997; Gaston, et al, 1998,; Hellerstein, et al, 1998; Norcross, 2002; McCabe & Priede, 2006; Patterson & Uhlin & Anderson, 2008). Presume-se que a qualidade da aliança é mais importante do que o tipo de psicoterapia na predição de resultados positivos, constituindo-se um fator inegável e forte fator inespecífico que explica a mudança através dos diferentes modalidades clínicas e abordagens teóricas. (Orlinsky, Ronnestad, Willutzki, 2004, Safran e Muran, 2006). Apesar disso, pouco se identificou a respeito dos fatores que podem propiciar melhor aliança e se é possível trabalhar no desenvolvimento da mesma (Tryon et al, 2007; Barber et al, 2000; Meissner, 2007).

Há indicações de que o estilo defensivo do paciente não influencia no estabelecimento da aliança terapêutica (Hersoug, 2002; Gomes, 2008). Os fatores positivamente associados descritos na literatura são a motivação do paciente, as expectativas

deste antes de iniciar o tratamento (Safran & Muran, 2000) e as características de abertura e de exploração nos terapeutas (Horvath, 2001). Os negativamente associados são a gravidade da sintomatologia dos pacientes (Casey *et al.*, 2005), a percepção pelo paciente de irritabilidade e frieza do terapeuta a utilização precoce de interpretações (Horvath & Bedi, 2002) e a contratransferência negativa (Ligiéro & Gelso, 2002).

Considerando a incipiência de pesquisas que tratam das variáveis preditoras de aliança terapêutica na dupla, o objetivo do estudo é investigar outros fatores sócio-demográficos e clínicos que possam se associar à aliança.

Método

Local de estudo

Trata-se de estudo transversal realizado no ambulatório de saúde mental no sul do Brasil (Contemporâneo - Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade). O ambulatório integra uma instituição de ensino que forma psicoterapeutas psicanalíticos em uma especialização de três anos. Os terapeutas que atendem neste ambulatório são psicólogos credenciados no Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul e os que concluem a especialização tem o título de especialista pela mesma instituição. Os atendimentos têm término aberto e os honorários e frequência das sessões são estipuladas entre cada terapeuta e paciente nas primeiras sessões. A partir de uma amostra de sessões realizadas neste ambulatório, concluiu-se que os psicoterapeutas desta instituição parecem aderir à técnica da psicoterapia psicanalítica em suas intervenções (Gastaud *et al.*, 2012).

Instrumentos

Questionário sócio-demográfico e clínico: Os dados relatados pelo paciente foram obtidos a partir da ficha de contato inicial que os pacientes preenchem ao ingressar na instituição e a

partir dos registros dos profissionais que realizam as entrevistas iniciais. O diagnóstico foi formulado através da Classificação Internacional de Doenças – 10ª. Edição (ICD-10) por profissionais especialistas em psicoterapia psicanalítica e treinados para a condução de entrevistas iniciais e estabelecimento de diagnóstico nosológico. For analysis purposes, it was used the broad categories that make up the chapter on mental and behavioural disorders (World Health Organization, 1992):

Symptom Check-List-90-Revised (Laloni, 2001) - Para avaliação do tipo e da gravidade da sintomatologia apresentada pelo paciente foram utilizadas as medidas de avaliação de sintomas aferidas pelo SCL-90-R. Compreende nove dimensões: Somatização, Obsessividade/Compulsividade, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Idéias Paranóides e Psicoticismo. Foi desenvolvido por Derogatis e Savitz (2000) e adaptado e validado para a população brasileira por Laloni (2001). O instrumento ainda fornece o Índice Global de Severidade (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP), definido pela intensidade em que os sintomas pontuados estão presentes.

California Psychotherapy Alliance Scales (Calpas – P)- A Aliança Terapêutica foi avaliada pela Calpas – P (versão paciente), que foi desenvolvida por Marmar et al. (1986,1989); os coeficientes de consistência interna variaram de 0,43 a 0,73 para as quatro subescalas e 0.83 para o total (Gaston, 1991). A versão atual da Calpas – P (versão paciente) foi desenvolvida para medir quatro dimensões:

Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente (PC): avalia esforço do paciente em empreender uma mudança, boa vontade em fazer sacrifícios em relação ao tempo e ao dinheiro; visão da terapia como uma experiência importante; confiança na terapia e no terapeuta; participação na terapia apesar de momentos de sofrimento; compromisso de completar o processo terapêutico.

Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente (PWC): auto-observar suas reações; explorar as contribuições para os problemas; experimentar emoções de forma modulada; trabalhar ativamente com as observações do terapeuta; aprofundar a exploração dos temas emergentes; trabalhar em direção à resolução dos problemas.

Escala de Avaliação da Compreensão e Envolvimento do Terapeuta (TUI): capacidade do terapeuta em entender o ponto de vista e o sofrimento do paciente; demonstrar aceitação do paciente sem julgamentos; dirigir-se ao ponto central de dificuldade do paciente; intervir com tato e no tempo certo; não usar de forma incorreta a terapia para suas necessidades; mostrar compromisso em ajudar o paciente a vencer os problemas.

Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia (WSC): aborda a semelhança de objetivos do terapeuta e do paciente; o esforço conjunto; o entendimento de como uma pessoa pode ser ajudada; como pode se modificar na terapia; como a terapia deveria proceder.

A Calpas – P (versão paciente) foi traduzida para o português por Marcolino e Iacoponi (2001).

Coleta de dados

Os pacientes preencheram os instrumentos (dados) sócio- demográficos e o SCL-90-R durante intake interview e os entrevistadores forneceram o diagnóstico após a mesma. Philips et al (2007), pesquisando a aliança terapêutica na psicoterapia psicanalítica, consideraram que o período de avaliação teria duração de 2 a 4 sessões. Logo, entenderam que esse prazo é o necessário para o estabelecimento da aliança terapêutica e para o início da psicoterapia. Visando criar um critério único, os pacientes responderam o questionário de aliança terapêutica entre a quarta e a quinta sessão.

Participantes

Participaram pacientes adultos (entre 18 e 59 anos) que iniciaram psicoterapia psicanalítica entre Maio de 2011 e Maio de 2012. Assim, foram incluídos no estudo pacientes que permaneceram em atendimento até a quarta ou quinta sessão, concordaram em participar do estudo e que assinaram o TCLE. Foram incluídos todos os terapeutas que concordaram previamente em participar da pesquisa de forma que todas as variáveis sócio-demográficas e clínicas referente ao terapeuta estivessem representadas na amostra (idade, sexo, experiência do terapeuta).

Considerações Éticas

A fim de minimizar possíveis vieses no preenchimento dos questionários, as avaliações foram entregues pelas recepcionistas da instituição que foram previamente treinadas a orientar os pacientes no preenchimento. Foi entregue ao paciente um envelope contendo as instruções, o TCLE, o instrumento (Calpas-P) e um lacre para o envelope. Informou-se ao paciente que o terapeuta não teria acesso as suas respostas, somente ao resultado final da pesquisa envolvendo todos os pacientes. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFRGS n 21447.

Análise estatística

Para a caracterização da amostra estudada foi utilizado o cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e a média e o desvio padrão para as variáveis contínuas. Para algumas variáveis, como tempo de formação e tempo de experiência clínica foram utilizados a mediana e o intervalo interquartis por apresentarem distribuição assimétrica. Para avaliar associação das variáveis com as dimensões da aliança terapêutica foram utilizados a análise de variâncias (ANOVA), o teste T de Student e o coeficiente de

correlação de Spearman. Foram considerados significativos os resultados com valor de p igual ou menor a 0,05. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS versão 18.

Resultados

A amostra final totalizou 118 pacientes e 37 terapeutas. Na tabela 1 está descrita a distribuição da amostra em relação às variáveis sócio-demográficas e clínicas dos pacientes e terapeutas.

A Tabela 2 descreve as associações entre as dimensões da aliança terapêutica e os fatores sócio-demográficos do paciente analisados neste estudo. Percebe-se que houve associação significativa entre sexo do paciente e a dimensão TUI.

A Tabela 3 mostra a associação entre a aliança e os fatores sócio-demográficos e clínicos do terapeuta.

A Tabela 4 demonstra a associação entre a aliança terapêutica e fatores sócio-demográficos da dupla:

A Tabela 5 demonstra a associação entre sintomas apresentados pelo paciente e aliança terapêutica.

A dimensão do SCL-90 que mostrou correlação com a aliança foi o psicoticismo. Apresentou uma correlação inversamente proporcional na dimensão de compromisso do paciente (PC). Pacientes com maior psicoticismo apresentam menor grau de compromisso, e comprometimento com o processo de terapia.

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que, no início da psicoterapia, existe interferência do gênero e da gravidade dos sintomas do paciente na percepção da aliança terapêutica. Identificou-se que os pacientes homens percebem, em média, pior aliança na

dimensão que se refere a compreensão e envolvimento do terapeuta, quando comparados a pacientes do sexo feminino. Esses dados podem indicar que homens tendem a considerar seus terapeutas com menor capacidade de entender seu ponto de vista e sofrimento, demonstrar aceitação sem julgamentos, dirigir-se ao ponto central de dificuldade, intervir com tato e no tempo certo, e mostrar real compromisso em ajudar e vencer os problemas.

O percentual de homens que buscam psicoterapia ainda é pequeno se comparado ao de mulheres (Khazaie et al, 2012, Renezzes et al, 2009). Em Porto Alegre um estudo constatou que 59,73% dos atendimentos são realizados por mulheres, comparado com os 34,92% dos homens (Campezatto & Nunes, (2007). Reconhece-se que os achados são comuns a outras regiões do Brasil (Gatti & Jonas, 2007; Romaro e Capitão, 2006; Enéas et al, 2000), em que as mulheres buscam mais espontaneamente atendimento psicológico (Carvalho & Telles, 2001; Enéas et al, 2000). Além disso, o sexo masculino é apontado como fator de risco para abandono de tratamento (Díaz Curiel et al, 2003; Edlund et al, 2002). Os pacientes do sexo masculino tendem a procurar menos ajuda, abandonam mais seus tratamentos e parecem vincular-se menos com seus terapeutas. Esse achado torna relevante questionar a forma como os psicoterapeutas psicanalíticos realizam suas intervenções iniciais, a fim de estabelecer um melhor vínculo com essa população específica. Considera-se ainda, que a menor procura de psicoterapia pelos homens já é um indicativo importante de resistência, levando em conta o resultado significativo na dimensão da aliança que avalia a percepção dos pacientes em relação ao envolvimento do terapeuta no processo.

Culturalmente, há uma tendência aparente dos homens a não demonstrarem comportamentos de busca de ajuda, apresentando maior restrição em sua emotividade e optando por intervenções mais objetivas (como medicamentos e terapia cognitivo comportamental). A psicoterapia psicanalítica envolve maior exploração das emoções (Khazaie et al, 2012;Blumenfield 2011; Ipisaro 1986), o que pode fomentar resistências.

Pode-se considerar que essas características masculinas e a menor aliança nessa dimensão (que inclui a forma como o paciente percebe seu terapeuta como capaz de ajudá-lo) podem se relacionar com a percepção do paciente quanto a capacidade empática do terapeuta, conforme descrita por vários autores (Meissner , 1996; Greenson, 1960; Kohut, 1977). A empatia providenciou um dos maiores canais de informação, possibilitando ao terapeuta avaliar o estado atual da aliança terapêutica e a qualidade da relação com o paciente. A falta de empatia entre paciente e terapeuta compromete o processo de aliança, o que é confirmado pelo achado de que medidas de aliança precoce estão significativamente correlacionadas com medidas de empatia, assim como o resultado da psicoterapia (Adler, 1988; Horvath& Greenberg, 1994; Moseley, 1983).

Os sintomas de psicoticismo revelaram-se associados com menor aliança na dimensão do comprometimento com a psicoterapia. Outras pesquisas encontraram associação com a intensidade e severidade dos sintomas e o abandono de tratamento (Killaspy H, Banerjee S, 2000; Morlino et al, 1996), além de apoiarem a ideia de que o diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses também aumentam a probabilidade de abandono (Bueno & Córdoba, 2001; Young , Grusky , Jordan, 2001). Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos esquizotípicos tendem a resistir para iniciar a psicoterapia e sustentar qualquer tipo de tratamento. Além disso, a psicoterapia psicanalítica pode não ser a primeira opção de tratamento, mesmo combinada com medicações, pois há mais evidências do efeito positivo da terapia cognitivo comportamental na redução de sintomas, melhorando discernimento e reduzindo o tempo de remissão (Krahup 2008).

A condição de uma menor aliança no que se refere ao comprometimento do paciente em manter a psicoterapia pode estar relacionada com o fato de pacientes mais regressivos, com funcionamento primitivo, apresentarem um ego mais frágil, com mecanismos de defesa imaturos e maior resistência em se comprometer com um processo árduo e trabalhoso como a

psicoterapia, e que talvez necessitem de formas mais objetivas para conseguirem se engajar no tratamento (Murawiec & Zechowski, 2007). Esses pacientes encontram-se em uma posição narcísica e demonstram menor capacidade de investir no outro, o que dificulta o comprometimento com psicoterapias que trabalham diretamente com as relações de objeto. Há ainda a possibilidade de que pacientes com sintomas de psicoticismo podem demorar mais tempo para estabelecer a aliança terapêutica, sendo necessários estudos prospectivos com estes pacientes para monitorar a evolução da aliança nestes casos.

Os resultados apontam que pacientes do sexo masculino e com alto grau de psicoticismo são menos propensos a se vincularem com seus terapeutas. Em função disso, pode ser necessário que o terapeuta conheça os preditores de fraca percepção na aliança terapêutica e realize algumas modificações da técnica com objetivo de conduzir com maior atenção o vínculo inicial. Há evidências de que terapeutas podem aprender a melhorar suas alianças com os pacientes, em estudo preliminar examinou se os terapeutas podem desenvolver alianças positivas com seus pacientes. Os terapeutas foram treinados através de um manual elaborado por expertos para reforçar a aliança terapêutica com base na concordância sobre as tarefas, acordo em objetivos e vínculo terapêutico, propondo formas de maximizar o acordo explícito e contínuo do que a dupla deseja atingir com a psicoterapia. O estabelecimento de um clima de cooperação e uma comunicação eficaz foram buscado pelo trabalho empático do terapeuta. Os resultados globais desse estudo evidenciam que o treinamento pode melhorar com sucesso as alianças e a qualidade de vida (Crits-Christoph et al, 2006).

Gomes (2008) também levanta a hipótese de que os terapeutas treinados podem alcançar capacidade qualificada de interação com os pacientes independente do diagnóstico, da sintomatologia e dos níveis dos mecanismos de defesa. Ackerman (2003) demonstrou, em sua pesquisa sobre a influência das características do terapeuta e de sua técnica no

desenvolvimento da AT, que algumas características do terapeuta, como flexibilidade, respeito, honestidade, confiabilidade, confiança, calor humano, interesse e tolerância, contribuíram positivamente para a formação da AT. Além disso, o uso de técnicas de exploração, reflexão, valorização de resultados, interpretações acuradas, facilitação da expressão dos afetos e valorização da experiência do paciente também contribuiu positivamente.

É provável que tanto pacientes como terapeutas com suas histórias pessoais, tenham potencialidade de desenvolver uma boa aliança, através de características de ambos. Investigar o efeito de combinações específicas de variáveis dos pacientes e terapeutas no desenvolvimento da aliança revela-se um novo desafio em pesquisas sobre o tema (Luborsky, 2000).

A necessidade de pesquisar a dupla paciente-terapeuta é confirmada pela constatação de que a maior parte dos fatores individuais dos pacientes e terapeutas não se mostrou associada à percepção da aliança. A concepção deste espaço intersubjetivo de criação e desta atmosfera de relação que se estabelece na psicoterapia psicanalítica é descrita pelo casal Baranger (1961) como campo analítico. Trata-se, portanto, não de uma soma simples das contribuições do terapeuta e do paciente, mas de uma estrutura inédita com características próprias (Baranger & Baranger, 1961). A criação desse conceito amplia e aumenta a complexidade do trabalho do terapeuta, já que esse novo entendimento propõe que ambas as subjetividades (tanto do paciente quanto do terapeuta) são parte integrante e igualmente importantes do processo, se influenciando mutuamente e criando um contato emocional intenso entre paciente e terapeuta que não só modifica como define o avanço ou a estagnação do processo analítico.

Em relação às limitações do estudo, considera-se que a pesquisa foi realizada em um único centro de psicoterapia psicanalítica, o que impossibilita a generalização dos dados. Há

também pouca representatividade de terapeutas homens na amostra, o que se constitui uma limitação do estudo, mas ao mesmo tempo retrata a realidade das psicoterapias na nossa região, onde ainda há um predomínio de terapeutas mulheres. Segundo dados do Conselho Regional de Psicologia, o número de psicólogos ativos é 15.688, sendo 91% do sexo feminino e 9% do sexo masculino. Além disso, a maioria dos terapeutas participantes do estudo são iniciantes e, talvez, terapeutas mais experientes possam manejar melhor a aliança terapêutica no início do tratamento.

Optou-se por não avaliar a flutuação da aliança ao longo do tratamento, principalmente pelo fato do estudo não contemplar um tempo maior de acompanhamento e pela literatura enfatizar que a aliança costuma se estabelecer nos momentos iniciais da terapia, sendo o vínculo inicial o principal preditor dos resultados terapêuticos (Castonguay *et al.*, 2006; Horvath, 2000; Horvath & Luborsky, 1993; Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998). Apesar disso, outras pesquisas revelam haver dois padrões de desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo do tratamento: um refere-se à constância da aliança ao longo da terapia, e o outro ao crescimento linear da sua qualidade ao longo do tempo (Fitzpatrick *et al* 2005; Muran *et al*, 2009). Por isso, revelam-se importantes outras pesquisas visando contribuir para esses esclarecimentos. O acompanhamento de casos em longo prazo pode dizer com mais propriedade se o efeito da diferença da percepção do homem, como o encontrado neste estudo, é restrito ao momento inicial do tratamento, ou se esta percepção é passível de alteração no decorrer de um tratamento. Ademais, a fim de ampliar esse campo de investigação, faz-se necessário aumentar o número de instrumentos para a população brasileira que avaliem a aliança terapêutica.

Conclusão

Os achados indicam a importância da aliança no processo e a complexidade dos fatores envolvidos. Sugere-se que as associações entre a aliança e possíveis variáveis preditoras da qualidade da mesma sejam exploradas com maior profundidade.

Sendo evidente a complexidade do conceito, considera-se a aliança terapêutica um conceito multidimensional, constituída por diversos elementos como: variáveis sócio-demográficas, clínicas, fenômenos do campo, da intersubjetividade, da empatia. O movimento dialético desses fatores, em constante interação, reflete o desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica e impulsiona ou dificulta a manifestação de outros fenômenos do processo, tais como transferência, contratransferência, impasse.

Tabela 1: Variáveis Sócio-demográficas e clínicas da amostra

	N	%
Sexo do paciente		
Feminino	87	73.7
Masculino	31	26.3
Idade do paciente (em anos)		
	32,6 ± 10,3 ^b	
Escolaridade do paciente		
Com Ensino Superior	87	73.7
Sem Ensino Superior	31	26.3
Diagnóstico do paciente		
F30-F39	57	48.3
F40-F48	40	33.9
F99	13	11.0
F60-F69	5	4.2
F10-F19	3	2.5
Sexo terapeuta/paciente		
Feminino/Feminino	79	66.9
Feminino/Masculino	26	22.0
Masculino/Feminino	8	6.8
Masculino/Masculino	5	4.2
Sexo do terapeuta		
Feminino	105	89.0
Masculino	13	11.0
Idade do terapeuta (em anos)		
	31,5 ± 8,5 ^b	
Diferença de idade entre terapeuta e paciente		
Mesma idade (até 5 anos)	45	38.1
Terapeuta mais jovem (5 anos ou mais)	39	33.1
Terapeuta mais velho (5 anos ou mais)	34	28.8
Tempo de formação em Psicologia		
	4 (1.5- 6) ^a	
Tempo de atuação clínica		
	3 (1.4 - 6) ^a	
Grau de instrução no curso		
especialista	60	50.8
primeiro	44	37.3
segundo	7	5.9
terceiro	7	5.9

a mediana e intervalo interquartilico, b média e desvio-padrão

Tabela 2: Associações entre Aliança e Fatores Sócio-demográficos e Clínicos do Paciente

Variáveis	PC compromisso do paciente			PWC capacidade de trabalho do paciente		TUI compreensão e envolvimento do terapeuta		WSC acordo de trabalho e estratégia		Aliança Total	
	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Sexo											
Feminino	87	5.83	0.70	5.45	0.77	6.66	0.45	6.27	0.83	6.05	0.57 ^b
Masculino	31	5.58	0.96	5.27	0.94	6.44	0.61	6.17	0.67	5.86	0.61
		<i>p</i> =0.127		<i>p</i> =0.292		<i>p</i> =0.036*		<i>p</i> =0.541		<i>p</i> =0.151	
Escolaridade											
Com Ensino Superior	87	5.77	0.83	5.46	0.82	6.61	0.49	6.26	0.81	6.00	0.60 ^b
Sem Ensino Superior	31	5.77	0.65	5.24	0.79	6.60	0.55	6.22	0.74	5.96	0.51
		<i>p</i> =0.994		<i>p</i> =0.206		<i>p</i> =0.935		<i>p</i> =0.840		<i>p</i> =0.701	
Diagnóstico											
F30-F39	57	5.87	0.67	5.48	0.79	6.64	0.44	6.27	0.81	6.03	0.56 ^b
F40-F48	40	5.78	0.8	5.32	0.72	6.6	0.49	6.25	0.66	5.99	0.56
F99	13	5.63	0.68	5.41	0.78	6.65	0.42	6.51	0.61	6.05	0.47
F60-F69	5	5.63	1.29	5.63	1.05	6.5	0.85	5.66	1.44	5.85	1.02
F10-F19	3	4.55	1.36	4.72	2.02	6.00	1.32	5.61	1.06	5.22	0.59
		<i>p</i> =0.065		<i>p</i> =0.505		<i>p</i> =0.299		<i>p</i> =0.183		<i>p</i> =0.194	

b teste t de Student $p \leq 0.05$

Tabela 3: Associações entre Aliança e Fatores Socio-demográficos e Clínicos do Terapeuta

Variáveis	PC compromisso do paciente		PWC capacidade de trabalho do paciente		TUI compreensão e envolvimento do terapeuta		WSC acordo de trabalho e estratégia		Aliança Total		
	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Sexo											
Feminino	105	5.76	0.82	5.38	0.81	6.6	0.53	6.23	0.82	5.98	0.60 ^b
Masculino	13	5.79	0.35	5.61	0.82	6.62	0.27	6.41	0.51	6.11	0.33
		<i>p</i> =0.822		<i>p</i> =0.331		<i>p</i> =0.891		<i>p</i> =0.443		<i>p</i> =0.232	
Grau de instrução no curso											
especialistas	60	5.8	0.76	5.38	0.89	6.58	0.52	6.31	0.66	5.99	0.56 ^a
primeiro	44	5.72	0.67	5.39	0.66	6.6	0.46	6.12	0.88	5.95	0.53
segundo	7	5.62	1.48	5.38	1.1	6.57	0.83	6.4	0.7	5.99	0.95
terceiro	7	5.95	0.8	5.78	0.79	6.86	0.25	6.33	1.27	6.23	0.67
		<i>p</i> =0.821		<i>p</i> =0.660		<i>p</i> =0.607		<i>p</i> =0.626		<i>p</i> =0.715	
	n	r	p	r	p	r	p	r	p	r	P
Tempo de formação em Psicologia											
	118	-0.05	0.58	-0.1	0.27	-0.04	0.7	0.03	0.77	-0.06	0.534 ^c
Tempo de atuação clínica											
	118	-0.04	0.66	-0.13	0.15	-0.11	0.24	0.06	0.54	-0.07	0.424

a ANOVA b teste t de Student, c Coeficiente de correlação de Spearman, $p \leq 0.05$

Tabela 4: Associações entre Aliança e Fatores Socio-demográficos da dupla

Variáveis	PC compromisso do paciente		PWC capacidade de trabalho do paciente		TUI compreensão e envolvimento do terapeuta		WSC acordo de trabalho e estratégia		Aliança Total		
	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Sexo terapeuta/paciente											
Feminino/Feminino	79	5.83	0.73	5.42	0.76	6.66	0.47	6.24	0.86	6.02	0.59 ^a
Feminino/Masculino	26	5.56	1.03	5.25	0.95	6.43	0.66	6.19	0.68	5.85	0.65
Masculino/Feminino	8	5.85	0.34	5.77	0.76	6.71	0.26	6.60	0.23	6.23	0.22
Masculino/Masculino	5	5.70	0.40	5.36	0.94	6.50	0.26	6.09	0.69	5.91	0.41
		<i>p</i> =0.486		<i>p</i> =0.475		<i>p</i> =0.215		<i>p</i> =0.587		<i>p</i> =0.378	
Idade terapeuta/paciente											
Mesma idade (até 5 anos)	45	5.85	0.68	5.46	0.88	6.55	0.60	6.26	0.73	6.02	0.58
Terapeutamais jovem (5 anos ou mais)	39	5.72	0.91	5.27	0.70	6.60	0.54	6.17	0.92	5.94	0.60
Terapeuta mais velho (5 anos ou mais)	34	5.71	0.76	5.49	0.85	6.68	0.30	6.32	0.71	6.01	0.56
		<i>p</i> =0.671		<i>p</i> =0.432		<i>p</i> =0.557		<i>p</i> =0.732		<i>p</i> =0.798	

a ANOVA, $p \leq 0.05$

Tabela 5: Correlações do SCL-90 e CALPAS –P

	n	PC	PWC	TUI	WSC	Total da aliança
IGS Índice Global de Severidade	118	-0.116	-0.031	0.05	0.001	-0.084
IDSP Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos	118	-0.07	0.061	0.109	0.074	0.021
Somatização	118	-0.049	-0.102	-0.043	-0.095	-0.142
Obsessividade/ Compulsividade	117	-0.05	-0.023	0.053	0.028	-0.048
Sensibilidade interpessoal	118	-0.06	-0.032	0.083	-0.008	-0.054
Depressão	118	-0.078	0.005	0.047	0.06	-0.03
Ansiedade	118	-0.094	-0.024	0.062	-0.027	-0.074
Hostilidade	118	-0.101	0.02	0.104	0.028	0.004
Ansiedade Fóbica	118	-0.084	-0.036	0.059	-0.031	-0.09
Ideias Paranóides	118	-0.162	0.009	0.011	0.028	-0.072
Psicoticismo	118	-.231*	-0.073	-0.043	-0.042	-0.173

*.Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação mostrou, através da revisão de literatura, que a aliança terapêutica é um conceito central no processo de psicoterapia psicanalítica e, portanto, de relevância para a investigação empírica. A literatura aponta com clareza a evolução do conceito de aliança terapêutica na psicoterapia psicanalítica e discute fatores que possam estar envolvidos com a qualidade da mesma, tais como: características do paciente, do terapeuta e da interação da dupla. Os resultados do artigo teórico vão de encontro com os resultados empíricos, que apontaram que o gênero e os sintomas de psicoticismo do paciente influenciam a percepção da aliança terapêutica e devem ser levados em conta no trabalho de psicoterapia.

Evidenciou-se, portanto, que pacientes do sexo masculino apresentam menor aliança na dimensão que avalia a percepção do paciente a respeito da capacidade do terapeuta ajudá-lo, e que pacientes com maior severidade de sintomas de psicoticismo apresentam menor aliança na dimensão que avalia o comprometimento do paciente no processo de psicoterapia.

Esta investigação abre perspectivas de futuros estudos para clínicos e pesquisadores, tendo em vista os resultados relevantes obtidos. A própria noção de aliança terapêutica engloba a dimensão do processo intersubjetivo e sua complexidade, mas o evidente – e que fica como grande desafio investigativo – é dar conta de desenvolver metodologias de investigação que permitam dimensionar a combinação desses elementos singulares do paciente, do terapeuta e a produção da dupla. A partir disso, é que se iniciam os questionamentos sobre a possibilidade de mediar essa experiência tão subjetiva da dupla ou não. Acredita-se que a experiência intersubjetiva da dupla e a produção do campo analítico em sua dimensão consciente e inconsciente, oferecem limites para sua mensuração. Mesmo assim, a busca de mensurar esses fenômenos – e, assim, compreendê-los melhor – é de fundamental importância na prática psicanalítica.

É evidente que essa investigação apresenta claras limitações, a respeito da generalização dos dados, da falta de acompanhamento de casos a longo prazo e das características da amostra. Um viés de seleção pode ser considerado, já que a amostra era, na maioria, composta por mulheres. Nesse caso, abre possibilidades para diversos questionamentos a respeito das características masculinas. Pode-se supor que homens tenham menor interesse e paciência em preencher papéis de pesquisa, por exemplo, e talvez tenham se negado a responder ou não tenham preenchido de maneira adequada, já que se sabe que mulheres são mais prevalentes como participantes de pesquisa. Outros requisitos cognitivos dessa população, como a memória, por exemplo, podem interferir no adequado preenchimento dos instrumentos e do interesse em respondê-los.

Outra questão ainda discutível refere-se ao aspecto cultural, que ainda parece reservar características próprias. Uma possibilidade é que os homens encarem a busca por ajuda como um sinal de fragilidade o que pode implicar menor procura de tratamento, maior abandono e maior resistência no estabelecimento do vínculo terapêutico.

É importante também considerar algumas análises posteriores que serão realizadas com essa amostra. Uma delas é a associação entre abandono precoce de tratamento e aliança terapêutica, o que, por sua relevância, será objeto de outro artigo que está em fase de elaboração. Se confirmada a hipótese dessa associação, isso reforçará a necessidade de que terapeutas levem em consideração os elementos preditores de aliança terapêutica, com o intuito de diminuir o abandono precoce e propiciar tratamentos de sucesso. Outros estudos são relevantes, pelo objetivo de verificar algumas questões, tais como: se pacientes que realizam modalidades de tratamento combinado, como os medicamentosos e/ou terapia familiar, apresentam melhor aliança; se pacientes que já realizaram psicoterapia anteriormente têm maior aliança terapêutica, pois já experienciaram essa modalidade de relação terapêutica; tratamento de crianças e adolescentes, já que passam também pelo vínculo com os pais.

Juntamente com o desenvolvimento tecnológico, tem crescido também a possibilidade de se realizar uma psicoterapia pela internet. Esse novo contexto virtual levanta questões a respeito da construção da aliança terapêutica em uma dimensão não presencial.

Considerando, então, a literatura já existente e o resultado da presente investigação, sugere-se que a atenção dada à aliança terapêutica propicia encaminhamentos mais eficazes, diminuição de abandono de tratamento e melhora dos sintomas iniciais, revelando-se, assim, forte fator de implicações clínicas. Por fim, depois de muitos anos de pesquisa em processo e resultado, as variáveis do relacionamento têm atingido um estado novo, mais equilibrado no campo da psicoterapia. Parece claramente demonstrado que a aliança terapêutica não pode ser vista como uma variável inespecífica, apenas auxiliar para outros componentes ativos do tratamento.

É tempo de reconhecer que a complexidade do processo de mudança não reflete por uma ênfase exclusiva sobre as variáveis do relacionamento como a aliança, ou quaisquer outros tipos de fatores terapêuticos. Em vez disso, precisamos reconhecer que uma variedade de elementos desempenha um papel importante e que esses fatores estão em constante interação uns com os outros.

Por fim, ao longo desse percurso, deparamo-nos com inúmeras dificuldades e frustrações inerentes aos pesquisadores que desafiam investigar em psicanálise. A complexidade dos fatores em estudo desperta curiosidade e interesse em desvendar novos resultados e encontrar novos questionamentos, que enriquecem nosso pensar. A realização desse mestrado possibilitou aprendizagem constante: um exercício de reflexão e escrita científica, propiciando uma expansão de conhecimentos teóricos, sustentando o trabalho clínico e contribuindo muito para a prática psicanalítica. É de extrema importância dar-se conta do valor que o vínculo terapêutico sustenta nos tratamentos psicanalíticos e o quanto a

produção da dupla terapeuta-paciente se torna determinante no curso daquele tratamento e na vida do paciente, abrindo-lhe as portas para a reflexão, a elaboração e o crescimento.

Permanece, então, o crescimento pessoal, profissional adquirido e a motivação para seguir pesquisando e pensando cientificamente.

REFERÊNCIAS

- Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*. 2003;23:1-33.
- Abend S. The problem of therapeutic alliance. In: Levy ST, editor. *The therapeutic alliance*. Madison: International Universities Press; 2000. p. 1-16.
- Adler JV. A study of the working alliance in psychotherapy [dissertation]. Vancouver, Canada: University of British Columbia, Vancouver; 1988. Available from: <https://circle.ubc.ca/handle/2429/29229>.
- Arlow J, Brenner C. The psychoanalytic situation. In: Litman RE, editor. *Psychoanalysis in the Americas*. New York: International Universities Press; 1966. p. 23-43.
- Baldwin, SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007 Dec;75:842-52.
- Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patient outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:1027-32.
- Beutler L, et al. Therapist variables. In: Lambert MJ (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: John Wiley & Sons; 2004. p. 227-306.
- Blumenfield M. Choosing a psychotherapist: should gender matter? In: *Huffpost healthy living blog* [internet]. 2011, May 31. Available from: http://www.huffingtonpost.com/michael-blumenfield-md/choosing-a-psychotherapist_b_868475.html.

- Bordin E. Research strategies in psychotherapy. New York: John Wiley; 1974.
- Bordin E. The working alliance: basis for a general theory of psychotherapy. Washington (DC): American Psychological Association; 1975.
- Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1979;16:252-60.
- Bordin E. Building therapeutic alliances: the base for integration. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Berkeley (CA); 1989, April.
- Bueno Heredia A, Córdoba Doña JA, Escolar Pujolar A, Carmona Calvo J, Rodríguez Gómez C. El abandono terapêutico. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2001;29:33-40.
- Campezzatto PM, Nunes MLT. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20:376-88.
- Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65:510-514.
- Casey LM, Oei TPS, Newcombe PA. Looking beyond the negatives: a time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in CBT for panic disorder. *Psychotherapy Research*. 2005;15:55-68.
- Castonguay LG, Beutler LE, editors. Principles of therapeutic change that work: integrating relationship, treatment, client, and therapist factors. New York: Oxford University Press; 2005.

Castonguay LG, Constantino MJ, Holtforth MG. The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006;43:271-79.

Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64:497-504.

Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabaugh R, Donovan DM. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65:588-98.

Constantino MJ, Castonguay LG, Schut AJ. The working alliance: a flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In: Tryon GS, editor. *Counseling based on process research: applying what we know*. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2002.

Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Crits-Christoph K, Narducci J, Schamberger M, Gallop R. Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2006;16:268-81.

Derogatis LR, Savitz KL. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In: Maruish ME, editor. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 297-334.

Díaz Curiel J, Avis D, Araujo E, Pascual MA, Portolés J, Criado C, Ramírez R. Estudio de variables relacionadas con el abandono de pacientes de un servicio de salud mental. *Anales de Psiquiatría*. 2003;19:296-300. Available from:

<http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?IR=26&IESP=16&S=1>

Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the

United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159:845-51. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3736/845.pdf>

Eizirik C. Alguns limites da psicanálise: flexibilidades possíveis. *Rev. Bras. Psicanál.* 1998;32(4):953-65.

Eizirik CL. Psicanálise e pesquisa [Editorial]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:171-2.

Eizirik CL. Distintos cenários, a mesma psicoterapia? [Editorial]. *Rev Bras Psicoter.* 2008;10(2),153-8.

Eizirik CL, Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli AVC. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 151-66.

Eizirik CL, Liberman Z, Costa F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: ArtMed; 1998. p. 67-75.

Eizirik M, Mondrzac VS. Psicoterapia de orientação analítica em pacientes adultos vítimas de violência sexual na infância. *Rev Bras Psicoter.* 2006;8:246-58.

Enéas MLE, Faleiros JC, Sá ACA. Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: Caracterização dos processos com adultos. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2000;2(2):9-30. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1108/817>

Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: ArtMed; 2004.

Fenton LR, Cecero JJ, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2001;10:262-68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330662/>

Fitzpatrick MR, Iwakabe S, Stalikas A. Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*. 2005;15:69-79.

Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Symonds D, Horvath AO. How central is the alliance in psychotherapy? a multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 2012;59:10-7.

Fonagy P. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. 2nd ed. London: International Psychoanalytical Association; 2002. 330 p.

Fonagy P. Psychoanalysis today. *World Psychiatry*. 2003;2:73-80.

Freud A. *Psicoanalises de nino*. 3rd ed. Buenos Aires: Paidos; c1927-1977.

Freud A. *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press; c1936.

Freud S. A dinâmica da transferência. In: Freud S, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 12). Rio de Janeiro: Imago; c1912-1974.

Freud S. Artigos sobre a metapsicologia. O inconsciente. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 14). Rio de Janeiro: Imago; c1915-1980.

Freud S. As neuropsicoses de defesa. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 3). Rio de Janeiro: Imago; c1894. p. 115-32.

Freud S. Dois verbetes de enciclopédia. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; c1923.

Freud S. Estudos sobre histeria. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 2). Rio de Janeiro: Imago; c1893-1895. P. 13-59.

Freud S. Mourning and melancholia. In: Freud S. Standard edition (vol.14). London: Hogarth; c1917. p. 243-58.

Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 19). Rio de Janeiro: Imago; c1923-1990. p. 11-83.

Freud S. Thoughts for the times on war and death. In: Freud S. Standard edition (vol. 14). London: Hogarth; c1915. p. 273-301.

Friedlander ML, Escudero V, Heatherington L, Diamond GM. Alliance in couple and family therapy. In Norcross JC, editor. Psychotherapy relationships that work. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.

Gabbard GO. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. Br J Psychiatry. 2000;177:117-22.

Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Gastaud MB, da Costa CP, Padoan CS, Berger D, D´Incao DB, Krieger DV, et al. Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2012;61:189-90.

Gaston L. Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales: patient version. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991;3:68-74.

Gaston L, Thompson L, Gallagher D, Cournoyer LG, Gagnon R. Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. Psychotherapy Research. 1998;8:190-209.

Gatti AL, Jonas AL. Caracterização do atendimento psicoterápico a adultos em clínica-escola no ano de 2005. *Integração*. 2007;13:89-93. Available from:

ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/89_48.pdf

Gelso CJ. *The real relationship in psychotherapy: the hidden foundation of change*.

Washington, DC: American Psychological Association; 2011.

Gelso CJ, Carter J. Components of the psychotherapy relationship: their interaction and variation during treatment. *Journal of Counseling Psychology*. 1994;41:296-306.

Gelso CJ, Hayes JA. *Countertransference and the therapist's inner experience: perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2007.

Gelso CJ, Hayes JA. *The psychotherapy relationship: theory, practice, and research*. New York: Wiley; 1998.

Gelso CJ, Samstag LW. A tripartite model of the therapeutic relationship. In: Brown S, Lent R, editors. *Handbook of counseling psychology*. New York, NY: Wiley; 2008. p. 267-80.

Gomes FG, Ceitlin LH, Hauck S, Terra L. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2008;30:109-14.

Green A. *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: EUDEBA; 1996.

Greenson R. *A técnica e a prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 1967.

Hauck S, Gomes FG, Cervieri A. Desenvolvimento do instrumento para avaliação da indicação da psicoterapia psicanalítica: modelagem da equação estrutural. *Rev Bras Psicoter*. 2006;8:155-70.

Hauck S, Gomes F, Silveira Jr. EM, Almeida E, Possa M, Ceitlin LHF. Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in acute and posttraumatic stress disorder: a case report study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:48-51.

Hauck S, Kapczinski F, Roesler R, Silveira Jr. EM, Magalhães P, Krueh LR, et al. Serum brain-derived neurotrophic factor in patients with trauma psychopathology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34:459-62.

Hauck S, Schestatsky S. Parental bonding and emotional response to trauma: a study of rape victims. *Psychotherapy Research.* 2007;17: 83-90.

Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Pinsker H, Samstag LW, Muran JC, Winston A. A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies: outcome and alliance. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research.* 1998;7:261-271. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330512/>

Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Binder JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993;61:434-40.

Hersoug AG, Hoglend P, Bogwald K. Is there an optimal adjustment of interpretation to the patients' level of defensive functioning? *Am J Psychother.* 2004;58: 349-61.

Hersoug AG, Sexton HC, Hoglend P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother.* 2002;56:539-52.

Hill CE, Knox S. Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research.* 2009;19:13-29.

Hilliard RB, Henry WP, Strupp HH. An interpersonal model of psychotherapy: linking patient and psychotherapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2000;68:125-33.

Horvath AO. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*. 2000;56:163-73.

Horvath AO. The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2001;38:365-72.

Horvath AO. The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*. 2005;15:1-7.

Horvath AO, Bedi RP. The therapeutic alliance. In: Norcross JC (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 37-69.

Horvath AO, Del Re A, Flückiger C, Symonds BD. Alliance in individual psychotherapy. In: Norcross JC (Ed.). *Psychotherapy relationships that work*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.

Horvath AO, Greenberg LS. *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley; 1994.

Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61:561-73.

Horvath AO, Symonds, DB. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy; a meta analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 199;38:139-49.

Kelly AE, Yuan KH. Clients' secret keeping and the working alliance in adult outpatient therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2009;46:193-202.

Kernberg O. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: Green A. (Org.). *Psicanálise contemporânea*, Revista Francesa de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2001.

Kernberg O. A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: Kernberg O. Agressividade, narcisismo e autodestrutividade na relação psicoterapêutica. Lisboa: Climepsi; 2006. p. 117-44.

Khazaie L, Razaie L, Jong DM. Dropping out of outpatient psychiatric treatment: a preliminary report of 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. *General Hospital Psychiatry*. 2012, December 21.

Killaspay H, Banerjee S, King M, Lloy, M. Prospective controlled study of psychiatric outpatient non-attendance: characteristics and outcome. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176:160-65.

Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; c1946-1963.

Klein M. Princípios psicológicos del analisis infantil. In: Klein M. Obras completas. Buenos Aires: Paidós Hormes; c1926.

Kohut H. The restoration of the self. New York: International Universities Press; 1977.

Krarp G. Psykoterapi ved skizofreni. *Ugeskrift for Laeger*. 2008;170:3755-58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19014723>

Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64:532-39.

Laloni DT. Escala de avaliação de sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade [dissertation]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2001. Available from: http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294

Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *Int J Psychoanal.* 2005;86:841-68.

Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Clin Psychol Psychother.* 2007;80:217-28.

Ligiero DP, Gelso C. Countertransference, attachment, and the working alliance: the therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2002;39:3-11.

Lowenkron T. Questão da pesquisa em psicanálise: prova-se o pudim comendo-o? *Revista Brasileira de Psicanálise.* 2000;34:749-66.

Luborsky L. A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research.* 2000;10:17-29.

Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. In: Claghorn JL, editor. *Successful psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel; 1976. p. 92-116

Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, et al. The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II): psychometric properties. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research.* 1996;5:260-71.

Marcolino J, Iacoponi E. Escala de aliança psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Bras. Psiq.* 2001;23:88-95.

Marcolino J, Iacoponi E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatria.* 2003;25:78-86. Available from <http://dx>.

Marmar C, Weiss D, Gaston L. Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1989;1:46-52.

Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:438-50.

McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2004;50:115-28. Available from: <http://isp.sagepub.com/content/50/2/115.full.pdf+html?frame=header>.

Meissner WW. Empathy in the therapeutic alliance. *Psychoanalytic Inquiry*. 1996;16:39-53.

Meissner WW. Therapeutic alliance: theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*. 2007;24:231-54.

Morlino M, Martucci G, Mussella V, et al. Patients dropping out treatment in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92:1-6.

Moseley D. (1983). The therapeutic relationship and its association with outcome [dissertation]. Vancouver (Canada): University of British Columbia; 1983. Available from <http://hdl.handle.net/2429/23774>

Muran JC, Safran JD, Gorman BS, Samstag LW, Eubanks-Carter C, Winston A. The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three timelimited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2009;46:233-48.

Murawiec S, Zechowski C. [Schizophrenic patient's constant refusal of psychotropic medication--case report and psychodynamic remarks]. *Psychiatria Polska*. 2007;41:551-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18046985?report=abstract>.

Norcross JC. Empirically supported therapy relationships. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. London: Oxford University Press; 2002. p. 3-16.

Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.

Organização Mundial da Saúde. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (vol. 1). 10th ed. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1997.

Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. Fifty years of process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2003. p. 307-90.

Patterson CL, Uhlin B, Anderson T. Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*. 2008;55:528-34.

Philips B, Wennberg P, Wezbart A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*. 2007;80:229-45.

Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS, O'Kelly JH, Steinberg PI. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 1999;36:114-22.

Reneses B, Muñoz E, López-Ibor JJ. Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*. 2009;8:173. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755282>.

Romaro RA, Capitão GC. Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2003;5:111-21.

Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press; 2000.

Samstag LW, Batchelder S, Muran JC, Safran JD, Winston A. Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: an assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1998;7:126-43. PMID: 9527957.

Shane, M. The Therapeutic alliance. In: Levy, S.T. *The therapeutic alliance*. Madison, UC: International Universities Press, 2000. p. 109-23.

Sharf J, Diener M, Primavera, L. Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*. 2010;47:637-45.

Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010;65:98-109.

Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1934;115:117-26. PMID: 7963234.

Stone L. *The psychoanalytic situation: an examination of its development and essential nature*. New York: International Universities Press; 1961.

Strupp H. Implications of the empirically supported treatment movement for psychoanalyses. *Psychoanalytic Dialogues*. 2001;11:615-19.

Strupp HH, Hadley SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36(10):1125-36.

Tokar DM, Hardin SI, Adams EM, Brandel IW. Clients' expectations about counseling and perceptions of the working alliance. *Journal of College Student Therapy*. 1996;11:9-26.

Tryon GS, Blackwell SC, Hammel EF. A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*. 2007;17:629-42.

Tryon GS, Kane AS. The helping alliance and premature termination. *Counselling Psychology Quarterly*. 1990;3:233-38.

Tryon GS, Kane AS. Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*. 1995;5:189-98.

Veríssimo, ACFS. A importância da aliança terapêutica no acompanhamento Psicológico de adolescentes com patologias limite; 2007. Available from: www.psicologia.com.pt.

Wallerstein RS. A study of psychoanalysis and psychotherapy. In: Wallerstein RS. *The talking cures*. New York: Vail-ballou; 1995. p. 3-14.

Wampold BE. *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Hillsdale (NJ): Earlbaum; 2001.

Webb CA, DeRubeis RJ, Barber JP. Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78:200-11.

Widlocher D. O lugar da pesquisa clínica em psicanálise. In: Green A. (Org.). *Psicanálise Contemporânea*, Revista Francesa de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2001.

Young AS, Grusky O, Jordan, D, Belin TR. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who live care. *Psychiatr Serv*. 2000;51:85-91. PMID: 10647138.

Zetzel ER. Current concepts of transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1956;37:369-76.

ANEXOS

- A. Projeto de Pesquisa
- B. Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa
- C. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
- D. Formulário de contato inicial com o paciente
- E. Formulário com características sociodemográficas e clínicas do terapeuta
- F. Calpas – P
- G. SCL-90

ANEXO A – Projeto de Pesquisa¹

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS MÉDICAS – PSIQUIATRIA

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À ALIANÇA
TERAPÊUTICA EM PACIENTES ADULTOS EM PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA**

CAMILA PIVA DA COSTA

ORIENTADOR: Cláudio Eizirik

Porto Alegre, Outubro de 2011

¹ Os anexos já apresentados na Dissertação foram omitidos ao final do projeto, para evitar desnecessária repetição.

SUMÁRIO

Introdução.....	3
Objetivos Gerais.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Metodologia.....	6
Local.....	6
Participantes.....	7
Crterios de Inclusão.....	8
Crterios de Exclusão.....	8
Instrumento.....	8
Avaliação.....	11
Análise dos Dados.....	11
Análise Estatística.....	13
Aspectos Éticos.....	13
Formas de Divulgação dos Resultados.....	14
Cronograma.....	15
Orçamento.....	16

INTRODUÇÃO

A pesquisa em psicanálise tem se mostrado muito relevante pelas inúmeras questões que permeiam o campo analítico, passando pelas diferentes respostas presentes neste campo. A essência do método psicanalítico está na noção de que tratamento e investigação são concomitantes. O curso de um processo de análise tem como parte central a ideia de que se trata de um procedimento em que analista e paciente estudam, de forma compartilhada, as expressões, os significados e as rotas históricas que produzem o sofrimento psíquico atual deste. Nas últimas décadas, com o crescente refinamento do método analítico, cada vez mais se incluem a mente do analista e o campo bipessoal que este constitui com o paciente, como elementos centrais da investigação (Eizirik, 2006).

Dentro das mais variadas vicissitudes do processo terapêutico, foi escolhido como objeto de investigação a aliança terapêutica, fenômeno de existência comprovada por Bordin (1974) e Luborsky (1976, 1996).

Pesquisas em psicoterapia indicam que a qualidade da aliança terapêutica tem se mostrado um grande determinante do sucesso em psicoterapia (Cordioli & Fleck, 1989). Em um estudo brasileiro recente, Marcolino (2003) constatou que uma melhor qualidade de aliança terapêutica esteve associada a melhores resultados e a um maior grau de diminuição da sintomatologia em pacientes em um programa de psicoterapia breve. Kaplan (1997) também sugeriu que nenhuma análise pode avançar sem o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica. Segundo ele, para o seu estabelecimento, é necessária a existência, dentro da mente do paciente, de uma parte capaz de se manter livre de conflitos, racional, que se distancie, a fim de reconhecer a natureza irracional de outra parte de sua mente que, inconscientemente, repete os conflitos psíquicos.

O conceito de aliança terapêutica foi esboçado em diferentes momentos na obra de Freud. Inicialmente, em 1893, ele define que, na análise, transforma-se o paciente em um colaborador. Em 1913, abordando as interpretações, ele indica que elas só podem ser realizadas após uma transferência eficaz ter se estabelecido, tendo como objetivo ligar o paciente ao tratamento e à pessoa do médico. Assim, afirma que o paciente fará essa ligação por si só e vinculará o médico a uma das imagens das pessoas por quem costumava ser tratado com afeição. Nesse momento, Freud fala de uma transferência eficaz, referindo-se a uma pré-condição necessária ao tratamento, distinta da transferência como resistência como, então, era considerada. Em seus últimos escritos, Freud introduz o conceito de “pacto analítico”, no qual ele inclui a possibilidade de uma relação baseada na realidade entre paciente e terapeuta. O analista alia-se com o ego da pessoa em tratamento, a fim de submeter partes de seu id que não estão controladas e incluí-las na síntese do ego.

Depois de Freud, alguns autores se dedicaram a escrever sobre a aliança terapêutica. Em 1934, Sterba explica que a aliança se dá entre os aspectos lógicos e racionais do analista e a parte racional do paciente. Para que isso ocorra, é preciso uma divisão no paciente entre os aspectos racionais de um lado, os instintos e a repressão do outro; é através do mecanismo de identificação que emerge essa aliança. Para Zetzel (1956), também ocorre uma divisão no ego do paciente e é esta que permite que a parte observadora do ego identifique-se com o terapeuta na tarefa de modificar defesas patogênicas erguidas contra os perigos internos. A análise depende de uma profunda aliança terapêutica para a qual é fundamental que o paciente tenha previamente um grau de maturidade do ego.

Greenson (1967) propõe uma conceituação mais restrita de aliança terapêutica, separando na relação terapêutica: a transferência, a aliança de trabalho e a relação real entre o analista e o paciente. Segundo ele, a aliança é a relação racional, não neurótica do paciente com o seu analista. Os elementos básicos da aliança são: o desejo racional e consciente de

cooperar, por parte do paciente, e sua aptidão para seguir as instruções e compreensões do analista.

Mais recentemente, outros autores salientaram as diferenças entre aliança terapêutica e transferência, utilizando o termo “aliança” para os aspectos colaborativos conscientes da relação, baseados em um acordo objetivo entre paciente e terapeuta. Para Greenson (1967), a transferência é a vivência no presente, de sentimentos, pulsões, atitudes, fantasias e defesas e relação a uma pessoa, que são inadequadas a esta pessoa e são uma repetição, um deslocamento de reações que se originaram em pessoas significativas do início da infância. Já a aliança terapêutica é uma identificação parcial e temporária do paciente, com o modo de trabalhar e com a atitude do analista. Diferencia-se da transferência, que é uma revivência de uma situação passada e inadequada ao presente.

Grande parte das pesquisas em aliança terapêutica tem demonstrado que a qualidade da aliança se mantém estável e é uma boa variável preditora de resultados. Os pacientes que melhoram estabelecem muito cedo – em geral, até a terceira sessão – uma aliança com o terapeuta, enquanto os que não melhoram não o fazem. A qualidade da aliança depende, fundamentalmente, da capacidade do paciente em estabelecer uma boa relação com o terapeuta, o que, por sua vez, depende de características do paciente prévias à terapia (Ryan & Cichetti, 1985 apud Cordioli & Fleck, 1989).

Pesquisas mais recentes buscaram relacionar a aliança terapêutica com os mecanismos de defesa, sugerindo que o treinamento e as características pessoais do terapeuta podem levar a uma capacidade de conectar-se com o paciente, apesar do grau de comprometimento de seu funcionamento psíquico. Além disso, foi observado que, pela ausência de associação entre o padrão defensivo e a formação da aliança terapêutica, sugere-se que essa variável está de fato mais relacionada com fatores “inespecíficos”, reforçando a importância dos fatores

relacionados ao terapeuta em relação às variáveis determinantes de prognóstico em psicoterapia psicanalítica (Gomes, 2000).

Todos esses estudos apontam a relevância da presente pesquisa, para verificar quais fatores (variáveis sociodemográficas e clínicas) podem relacionar-se com a formação da aliança terapêutica, detectando elementos que favorecem a manutenção do tratamento, conseqüentemente diminuindo o índice de abandono precoce de tratamento.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

- Investigar a qualidade da aliança entre terapeutas e pacientes adultos em um ambulatório de saúde mental em Porto Alegre.
- Verificar se há fatores que se associam a uma melhor aliança.

Objetivos Específicos

- Avaliar as quatro dimensões da aliança terapêutica, segundo o instrumento Calpas – P: (a) aliança terapêutica; (b) aliança de trabalho; (c) compreensão e envolvimento do terapeuta; e (d) acordo entre o paciente e o terapeuta em relação aos objetivos e às estratégias.
- Verificar se a qualidade da aliança terapêutica se associa com variáveis sociodemográficas (sexo do paciente e do terapeuta, idade do paciente e do terapeuta,

escolaridade do paciente) e com variáveis clínicas (tempo de experiência do terapeuta, diagnóstico do paciente, AGF inicial do paciente, abandono precoce do tratamento).

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo longitudinal (coorte prospectiva), que acompanha pacientes adultos em psicoterapia em seus três primeiros meses de atendimento.

Local

O estudo será realizado no Ambulatório do Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT). O CIPT é uma instituição de pós-graduação no ensino em psicoterapia psicanalítica, conveniada ao Anna Freud Centre, que forma especialistas em psicoterapia psicanalítica. É reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia, pela Associação Brasileira de Ensino em Psicologia e pelo World Council for Psychotherapy. O curso de especialização em psicoterapia psicanalítica tem duração de três anos, durante os quais os alunos participam de sete seminários por semana. Eles passam por 45 horas anuais de supervisão individual, mais 45 horas anuais de supervisão em pequenos grupos. Para formar-se especialista, há a necessidade de construir e supervisionar perfis metapsicológicos no modelo do Anna Freud Centre de três de seus pacientes, além de escrever e defender uma monografia que aborde um tema relevante dentro da teoria ou técnica psicanalítica. Além disso, a instituição conta com reconhecimento do Ministério da Educação e Cultura, em seus cursos de especialização em psicoterapia. Os terapeutas passam, então, por uma formação rigorosa, garantindo alguma qualidade aos atendimentos.

A instituição conta com um Ambulatório que atende à população de média renda por um valor mais acessível do que, geralmente, o cobrado em consultórios particulares. Os tratamentos realizados nesta instituição não têm prazo limite para o término (término aberto) e contam com a frequência semanal estipulada pelo paciente e pelo terapeuta, no início do atendimento. Os honorários dos atendimentos também são determinados pelo terapeuta em conjunto com seu paciente, a partir de um valor mínimo definido pela instituição.

A direção do Ambulatório já concordou e disponibilizou os dados para a execução da pesquisa.

Participantes

Comporão a amostra pacientes adultos que procurarem psicoterapia psicanalítica no CIPT entre Dezembro de 2011 e Agosto de 2012, e terapeutas que concordarem previamente em participar da pesquisa. Todos os terapeutas que atendem no Ambulatório do CIPT serão convidados a participar da pesquisa, de forma que todas as variáveis do terapeuta estejam representadas na amostra (sexo, idade, experiência do terapeuta).

O Ambulatório do CIPT conta, atualmente, com cerca de 60 terapeutas. Em média, trinta pacientes adultos procuram atendimento no Ambulatório todos os meses. Estima-se que em torno de 30% dos pacientes não aderem o tratamento. Assim, como a coleta será feita entre Dezembro de 2011 e Agosto de 2012, espera-se que 240 pacientes adultos comecem tratamento neste período e em torno de 160 pacientes completem pelo menos quatro sessões de atendimento. Podemos, então, considerar o n amostral de aproximadamente 160 pacientes.

Considerando a análise estatística a um nível de significância de 5% e um poder de 90%, o n amostral necessário é de 113 pacientes.

Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão da pesquisa englobam fatores essenciais tanto do paciente como do terapeuta para possibilitar a realização do presente trabalho.

Paciente:

- Estar na idade adulta (18-59 anos, segundo Organização Mundial da Saúde).
- Assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Ter iniciado tratamento entre Dezembro de 2011 e Agosto de 2012.
- Preencher adequada e completamente o instrumento.
- Chegar até a quarta sessão de tratamento.

Terapeuta:

- Estar estudando/atendendo no CIPT.
- Concordar em participar do estudo, entregando instrumento (Calpas – P) ao seu paciente.

Critérios de Exclusão

Os aspectos que excluem os pacientes de participarem da pesquisa são:

- Pacientes que não aderirem ao tratamento (desistirem antes da quarta sessão).
- Pacientes analfabetos (instrumento autoaplicável).

Instrumentos

Os dados sociodemográficos dos pacientes (sexo, idade, escolaridade) serão obtidos através do formulário preenchido pelo paciente ao entrar na instituição. Para os terapeutas, também será utilizado um questionário de dados sociodemográficos, com informações como: sexo, idade, tempo de formado, grau de formação na instituição.

A aliança terapêutica será avaliada pela Calpas – P. A Calpas é baseada nas medidas de aliança previamente desenvolvidas pelos pesquisadores do Langley Porter Institute, os quais estenderam as análises de Marziali e desenvolveram as Escalas de Aliança Psicoterápica (*California Psychotherapy Alliance Scales – Calpas*). A versão atual da Calpas – P foi desenvolvida para medir quatro dimensões da aliança: aliança terapêutica, aliança de trabalho, compreensão e envolvimento do terapeuta e acordo entre o paciente e o terapeuta em relação aos objetivos e às estratégias. Os 24 itens do Calpas – P foram distribuídos de acordo com essas quatro escalas. Cada uma dessas dimensões da escala foi operacionalizada da seguinte maneira:

Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente (PC):

- esforço do paciente em empreender uma mudança;
- boa vontade em fazer sacrifícios em relação ao tempo e ao dinheiro;
- visão da terapia como uma experiência importante;
- confiança na terapia e no terapeuta;
- participação na terapia apesar de momentos de sofrimento;
- compromisso de completar o processo terapêutico.

Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente (PWC):

- auto-observar suas reações;
- explorar as contribuições para os problemas;
- experimentar emoções de forma modulada;
- trabalhar ativamente com as observações do terapeuta;
- aprofundar a exploração dos temas emergentes;
- trabalhar em direção à resolução dos problemas.

Escala de Avaliação da Compreensão e Envolvimento do Terapeuta (TUI):

- capacidade do terapeuta em entender o ponto de vista e o sofrimento do paciente;
- demonstrar aceitação do paciente sem julgamentos;
- dirigir-se ao ponto central de dificuldade do paciente;
- intervir com tato e no tempo certo;
- não usar de forma incorreta a terapia para suas necessidades;
- mostrar compromisso em ajudar o paciente a vencer os problemas.

Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia (WSC):

- aborda a semelhança de objetivos do terapeuta e do paciente;
- o esforço conjunto;
- o entendimento de como uma pessoa pode ser ajudada;
- como pode se modificar na terapia;
- como a terapia deveria proceder.

A Calpas – P foi traduzida para o português pelos autores José Alvaro Marcolino e Eduardo Iaconi do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. O objetivo do estudo foi traduzir a escala do inglês para o português, procurando atingir o maior grau de equivalência possível e realizar o estudo de confiabilidade da versão em português do Calpas – P. Para a tradução, foi utilizado o método de retrotradução associado ao método bilíngue. O estudo de confiabilidade foi avaliado por meio da medida da consistência interna das respostas dos sujeitos aos itens do instrumento. Para isso, foram obtidos os índices do Alpha de Cronbach, que é baseado na correlação média dos itens do teste, assumindo-se que os itens de um instrumento estão

positivamente correlacionados uns aos outros em função de medirem uma variável comum. Neste estudo, os índices foram obtidos para cada uma das quatro escalas da Calpas – P e para o total. Ainda foram obtidos os índices da correlação de Sperman entre as quatro escalas da Calpas – P, e entre elas e as variáveis sociodemográficas.

A amostra utilizada no processo de validação do instrumento para o português fora de 101 indivíduos adultos que estivessem em psicoterapia de qualquer orientação psicodinâmica, dramática, entre outras. Tratou-se de uma amostra por conveniência, composta por sujeitos selecionados dentre alunos de um reconhecido curso de formação psicanalítica de São Paulo. Dos 101 convidados, 83 responderam ao questionário, o que representa 82% do total. A média de idade dos participantes foi de 35 anos, sendo 83,1% do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 42,2% eram solteiros, 37,3% casados, 14,5% eram divorciados e 4,8% viviam com companheiros. A orientação teórica dos psicoterapeutas mostrou que 81,9% seguiam uma base psicanalítica e a média do número de sessões por semana foi de 2,49.

Dos 83 questionários preenchidos, as médias dos itens da Calpas – P variaram de 1,61 a 6,26, com desvio padrão de 0,92 a 1,61. De todos os 24 itens do instrumento, 18 foram pontuados, pelo menos uma vez, com a pontuação mínima de 1 a 17 e com a pontuação máxima de 7. As médias das quatro escalas variaram de 5,20 (PWC) a 6,10 (TUI). O desvio padrão de três escalas da Calpas – P foi maior que 0,75, com exceção da escala TUI, que ficou em 0,47. Os índices de correlação de Sperman entre as quatro escalas da Calpas – P variaram de 0,57 a 0,74.

Nos índices de confiabilidade, foi analisada a pontuação de cada escala e do total. O Alpha de Cronbach revelou um coeficiente de 0,90 para a Calpas – P total. Os coeficientes associados às quatro escalas variaram de 0,56 a 0,84 com o coeficiente mais baixo associado à PWC. No estudo de Gaston, o exame do Alpha de Cronbach revelou um coeficiente de 0,83

para a Calpas – P total. Neste estudo, os coeficientes associados às quatro escalas da Calpas – P variaram de 0,43 a 0,73 como o coeficiente mais baixo associado à PWC.

Na presente investigação, será utilizada a versão do paciente, pois o objetivo é avaliar preditores da capacidade de vinculação do paciente no processo.

Para garantir maior confiabilidade da variável diagnóstica, será utilizado o SCL-90-R, escala de avaliação de sintomas (Derogatis & Savitz, 2000) que já é aplicada no momento da triagem, quando o paciente ingressa na instituição.

Avaliações

Estudos estipularam que quatro sessões é o período necessário para se estabelecer uma aliança terapêutica. Entende-se que tal período de tempo usa como critério a noção psicanalítica de aliança terapêutica, definições conferidas por Bordin (1979) e Luborsky (1976). Aliança terapêutica é por ambos definida como uma relação de colaboração entre paciente e terapeuta, com três constituintes: comprometimento de ambos frente à tarefa, aos objetivos definidos e à formação de um vínculo de trabalho positivo.

Wennberg e Wezbart (2007), pesquisando a aliança terapêutica na psicoterapia psicanalítica, consideraram que esse período de avaliação teria duração de duas a quatro sessões. Logo, entenderam que o prazo de duas a quatro sessões é o necessário para o estabelecimento da aliança terapêutica e para o início da psicoterapia.

Em psicoterapia psicanalítica, diferentemente da análise, o tratamento obedece à uma frequência média de uma ou duas sessões semanais. Entende-se, portanto, que na maioria dos casos, o prazo de quatro sessões equivale ao prazo de um ou meio mês de atendimento, conforme a frequência. Visando a criar um critério único, um mês de atendimento é o prazo confiável para que a avaliação tenha sido concluída e a psicoterapia tenha sido iniciada.

Assim, a avaliação será realizada logo após o término da quarta sessão, quando o terapeuta entregará o envelope contendo o TCLE, o instrumento (Calpas – P) e um laque para o envelope e convidará o paciente a participar da pesquisa. Será informado ao paciente que o terapeuta não terá acesso ao resultado individual do questionário, apenas ao resultado final envolvendo todos os pacientes.

Após o término do preenchimento do instrumento, o paciente lacrará seu envelope e entregará para as secretárias, que repassarão à equipe de pesquisa.

ANÁLISE DOS DADOS

Os pacientes que ingressarem na pesquisa serão alocados em possibilidades de desfechos numéricos, considerando a média de cada escala e do total.

A Calpas – P foi dividida em quatro escalas para avaliar diferentes dimensões da aliança terapêutica. Essas dimensões são: Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente (PC) Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente (PWC), Escala de Avaliação da Compreensão e Envolvimento do Terapeuta (TUI) e Escala de Avaliação de Trabalho e Estratégia (WSC).

Assim, a divisão da amostra final será realizada considerando a média de cada escala e também a média total, obtidas no instrumento da versão do paciente. Depois da classificação dos pacientes quanto ao desfecho, será verificado como se associam os desfechos com os seguintes fatores:

- Sexo

- a) Paciente do mesmo sexo que o terapeuta;
- b) Paciente do sexo oposto ao terapeuta.

- Idade

- a) Paciente com idade semelhante ao terapeuta (até cinco anos de diferença para menos e para mais);
- b) Paciente mais novo que o terapeuta (mais que cinco anos);
- c) Paciente mais velho que o terapeuta (mais que cinco anos).

- Escolaridade

- a) Primeiro grau incompleto;
- b) Primeiro grau completo,
- c) Segundo grau incompleto,
- d) Segundo grau completo;
- e) Curso técnico incompleto;
- f) Curso técnico completo;
- g) Ensino superior incompleto;
- h) Ensino superior completo.

- Tempo de experiência em Psicologia Clínica

- a) Número de anos de experiência.

- Ano do curso do CIPT

- a) Estagiário de psicologia clínica
- b) Primeiro ano de formação em psicoterapia psicanalítica;
- c) Segundo ano de formação em psicoterapia psicanalítica;
- d) Terceiro ano de formação em psicoterapia psicanalítica;
- e) Corpo Clínico (formação concluída).

- AGF inicial

- a) Conferido no roteiro.

- Abandono precoce

a) Não aderência: desiste na fase de avaliação (não entra na pesquisa, pois desiste antes de completar a quarta sessão);

b) Abandono: desiste depois que o tratamento começou (será avaliado quem abandonou antes do segundo mês, mas depois que passou a avaliação).

- Desfecho

- Menos de dois meses;

- Mais de dois meses.

Análise Estatística

A análise estatística será realizada pelo teste T de Student (para fatores categóricos) e pela correlação de Pearson. O banco de dados será montado no programa estatístico SPSS, versão 13, e serão considerados significativos resultados com valor de $P \leq 0,05$.

Como o desfecho é uma variável numérica, será usado o teste T para ver a associação com os fatores categóricos. Para ver correlação entre o desfecho e os fatores numéricos (idade, sexo, etc), será usada a correlação de Spearman.

Aspectos Éticos

O instrumento será entregue aos pacientes pelos próprios terapeutas, ao final da quarta sessão de psicoterapia. Porém, a fim de não interferir e diminuir o viés da pesquisa, os terapeutas não terão acesso às avaliações dos pacientes individualmente, pois o objetivo da pesquisa não é avaliar os terapeutas e sim verificar a melhor dupla de trabalho.

Após o término do preenchimento, os próprios pacientes irão lacrar o envelope e entregar para as secretárias, que repassarão à equipe de pesquisa. O sigilo das informações presentes no instrumento, então, estará garantido. Ao transportar informações ao banco de

dados, a identidade do paciente também estará protegida, pois será transportado apenas ao número do prontuário.

Os pacientes participantes da pesquisa receberão, juntamente com o instrumento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a presente pesquisa, permitindo que os dados daquele questionário sejam utilizados para fins científicos e de ensino.

A presente pesquisa passará por avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS.

Formas de Divulgação dos Resultados

Os resultados serão divulgados à comunidade científica através da defesa da presente dissertação de mestrado, de relatório à instituição envolvida na coleta, de palestra aos terapeutas que atendem na instituição e de publicação de artigos em revistas científicas.

CRONOGRAMA

		Revisão da literatura	Aprovação do Comitê de Ética	Convite aos terapeutas	Obtenção dos dados sociodemográficos dos pacientes e terapeutas	Aplicação Calpas - P	Análise do abandono precoce do tratamento	Análise dos dados	Discussão dos resultados e elaboração dos artigos	Divulgação dos resultados	Defesa da dissertação
2011	Janeiro	*									
	Fevereiro	*									
	Março	*		*							
	Abril	*		*							
	Maio	*									
	Junho	*									
	Julho	*									
	Agosto	*									
	Setembro	*									
	Outubro	*	*								
	Novembro	*									
	Dezembro	*				*	*				
2012	Janeiro	*			*	*					
	Fevereiro	*			*	*					
	Março	*			*	*	*				
	Abril	*			*	*	*				
	Maio	*			*	*	*				
	Junho	*			*	*	*				
	Julho	*			*	*	*				
	Agosto	*						*			
	Setembro	*							*		
	Outubro								*		
	Novembro								*	*	
	Dezembro								*	*	*

ORÇAMENTO

Itens a serem financiados (pela instituição responsável pela pesquisa)		Valor unitário R\$	Valor total R\$
Especificações	Quantidade		
Folhas	1000	0,03	30,00
Cartuchos tinta impressora	4	35,00	140,00
CDs	2	1,50	3,00
Livros	3	70,00	210,00
Xerox instrumentos (1 avaliação) Calpas – P (1 página)	160	0,20	32,00
Xerox de artigos 20 artigos de 20 páginas cada	20	0,20	80,00
Encadernações	5	3,50	17,50
Deslocamentos		7,00	100,00
Valor Total		R\$ 612,00	

REFERÊNCIAS

- Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*. 1979;16:252-260.
- Cordioli A, Calich J, Fleck M. Aliança terapêutica: uma revisão do conceito. In: _____. *Psicoterapia de orientação analítica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- Freud S, Breuer J. (1983-1985) Estudos sobre a histeria. In: _____. Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 4.
- Kaplan HI. Psicoterapias. In: _____. *Compêndio de psiquiatria*, Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Gomes F. Relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório. Dissertação de mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria. Porto Alegre, 2003.
- Greenson RR. A técnica e a prática da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1967. v. 1.
- Marcolino JA, Iaconi E. Escala de aliança psicoterápica da Califórnia – versão do paciente. *Revista Bras. Psiq.* 2001.
- Marcolino JA, Iaconi E. O impacto inicial da aliança terapêutica em psicoterapia psicodinâmica breve. *Revista Bras. Psiq.* 2003 jun;25(2).
- Eizirik LC. Pesquisa e psicanálise. *Revista Bras. Psiq.* 2006 set;28(3).
- Zetzel ER. Current concepts of transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1956; 37:369- 376.

ANEXO B: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



U F R G S
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21447

Título: FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS A ALIANÇA TERAPEÚTICA EM PACIENTES ADULTOS EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

CLAUDIO LAKS EIZIRIK - coordenador desde 01/03/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 17/11/2011 - sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quarta-Feira, 30 de Novembro de 2011

JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa que tem como finalidade investigar a qualidade da aliança de trabalho entre os terapeutas e os seus pacientes. Este tipo de pesquisa é importante, para melhorar seu atendimento e de futuros pacientes.

Nesse sentido, você receberá um questionário para você mesmo responder. Esse tipo de questionário é comumente utilizado em pesquisas. Você receberá todas as instruções para o preenchimento do mesmo e será assegurado que as questões que surgirem serão devidamente explicitadas. Sua identidade será mantida em sigilo durante toda pesquisa, e ninguém terá acesso a seus dados pessoais. Seu terapeuta também não terá qualquer acesso a suas respostas.

Pedimos, então, sua autorização para utilização de seus dados para o presente estudo intitulado "Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à Aliança Terapêutica em Pacientes Adultos em Psicoterapia Psicanalítica".

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porque estão sendo utilizadas as informações que vou fornecer de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. A pesquisadora Camila Piva da Costa certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Pesquisadora: Camila Piva da Costa - (51) 30195340

Pesquisador responsável: Prof. Cláudio Laks Eizirik - (51) 33168413

Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS: (51) 33083629

ANEXO D: FORMULÁRIO DE CONTATO INICIAL COM O PACIENTE ADULTO
(Preenchido pelo paciente ou responsável)

DATA:...../...../..... **PRONTUÁRIO:**.....

IDENTIFICAÇÃO:

Nome do Paciente:.....

CPF:..... RG:.....

Sexo: () M () F Idade:..... Data de nascimento:...../...../.....

Religião:..... Estado civil:.....

Natural de:..... Profissão:.....

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Rua:..... Nº..... Apto:.....

Bloco:..... Bairro:.....

Cidade:..... CEP:.....

Fone: Residencial:..... Celular:.....

E-mail:.....

ENDEREÇO PROFISSIONAL:

Nome da Empresa:.....

Rua:..... Nº..... Apto.....

Bairro:..... Cidade:..... CEP:.....

Função que exerce:..... Tempo:.....

Fone contato:.....

ESCOLARIDADE:

()Ens. Fundamental ()Ens. Médio ()Ens. Superior ()Técnico

()Completo ()Incompleto

Escola/Universidade:.....

Série/Curso:..... Turno:.....

Outras atividades realizadas:.....

DADOS FAMILIARES:

Nome do pai:..... Fone contato:.....
Nome da mãe:..... Fone contato:.....
Nome do esposo/esposa(quando houver):.....
Fone contato:.....

NOME DO RESPONSÁVEL:.....

(caso o paciente o necessite)

CPF:..... Data de nascimento:...../...../.....
Grau de parentesco:..... Idade:.....
Endereço:.....
Escolaridade:.....
Fones de contato: Residencial:..... Celular:.....
Local de Trabalho:..... Tempo:.....
Cargo/função:.....

PESSOAS QUE MORAM NA CASA:

Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade	Ocupação Atual

SITUAÇÃO HABITACIONAL:

Moradia: () própria () alugada () financiada () cedida
Tipo: () apto. () casa () pensão/pensionato () centro de moradia pública

RECEBE ALGUM TIPO DE AUXÍLIO GOVERNAMENTAL E /OU ONG:

() sim () não
Tipo: () bolsa família () família cidadã () bolsa-escola () transporte social
() pensão () auxílio saúde () outros – especifique:.....

RENDA FAMILIAR:

() até 01 SM () de 02 a 03 SM () de 04 a 06 SM () de 07 a 10 SM () mais de 10 SM

ENCAMINHAMENTO:

Quem recomendou atendimento psicológico para você?.....

Quem indicou o Contemporâneo para você?

.....

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____estou ciente de que o CONTEMPORÂNEO é uma instituição que visa ao ensino, ao atendimento e à pesquisa. Autorizo que os dados referentes ao meu atendimento/ou atendimento do paciente pelo qual sou responsável, possam vir a ser utilizados na instituição para fins científicos e de pesquisa com o devido resguardo de identificação do paciente.

Porto Alegre, _____de _____de _____.

Assinatura

ANEXO E: Calpas – P

Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia Versão do Paciente – (Calpas-P)

Indique em que medida as frases seguintes descrevem de modo geral a sua experiência em psicoterapia. Desconsidere se em um momento ou outro você tenha sentido diferentemente. Para marcar sua resposta, leia as seguintes perguntas atentamente e circule a alternativa que melhor corresponder à sua experiência.

1. Você se sentiu tentado a interromper a terapia quando foi incomodado ou desapontado com a terapia?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

2. Você se sentiu pressionado por seu terapeuta a fazer mudanças antes de estar preparado?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

3. Quando seu terapeuta comentou a respeito de uma situação, isso lhe trouxe à mente outras situações parecidas em sua vida?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

4. Você sentiu que, mesmo que tivesse tido momentos de dúvida, confusão ou desconfiança, o todo da terapia valia a pena?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

5. Os comentários de seu terapeuta levaram você a acreditar que ele colocou as necessidades dele antes das suas?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

6. Quando coisas importantes surgiram na sua mente, com que frequência você se percebeu mantendo-as para você mesmo em vez de dividi-las com seu terapeuta?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

7. Você se sentiu aceito/a e respeitado/a por seu terapeuta por aquilo que você é?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

8. O quanto você conteve seus sentimentos durante essa sessão?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

9. Você achou que comentários de seu terapeuta não lhe ajudaram, foram confusos, incorretos ou que realmente não se aplicaram a você?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

10. Você sentiu que esteve trabalhando junto com seu terapeuta, que os dois estavam unidos em um só esforço para superar seus problemas?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

11. Quanto você esteve livre para discutir assuntos pessoais que você habitualmente fica envergonhado/a ou com medo de revelar?
1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

12. Durante essa sessão, quanto você esteve disposto para continuar lutando com seus problemas, mesmo que nem sempre pudesse ver uma solução imediata?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

13. Durante essa sessão, quanto seu terapeuta esteve empenhado a lhe ajudar a superar suas dificuldades?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

14. Você sentiu que discordou do seu terapeuta a respeito do tipo de mudanças que gostaria de fazer em sua terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

15. Quanto você se ressentiu do tempo, dos custos ou de outras exigências de sua terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

16. Você sentiu que seu terapeuta entendeu o que você esperava atingir nesta sessão?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

17. Durante essa sessão, quanto foi importante para você olhar para as maneiras como você poderia estar contribuindo para seus próprio problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

18. Quanto você se encontrou pensando que a terapia não era a melhor maneira de obter ajuda para seus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

19. O tratamento que você recebeu nesta sessão está em sintonia com suas idéias a respeito do que ajuda as pessoas em terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

20. Você sentiu que esteve trabalhando em desarmonia ao seu terapeuta, que vocês não compartilharam a mesma percepção de como proceder a respeito do que poderia ajudá-lo no que deseja?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

21. Quanto você se sentiu confiante de que, por seus próprios esforços e aqueles de seu terapeuta, você terá alívio de seus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

22. Você teve a impressão de que esteve incapacitado de aprofundar o entendimento do que está incomodando você?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

23. Quanto você discordou de seu terapeuta a respeito de quais questões eram mais importantes trabalhar durante essa sessão?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

24. Quanto seu terapeuta ajudou você a conseguir um aprofundamento da compreensão dos seus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

ANEXO F: SCL-90

SCL - 90 - R

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS - 90 - R

Leonard R. Derogatis, PhD. (1994)

PROTOCOLO PARA PESQUISA

Tradução e Adaptação do Original

Diana Tosello Laloni (1998)

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

Sexo: M F

Estado civil: solteiro casado ou amigado separado viúvo

Grau de escolaridade: analfabeto 1ª. a 4ª. 5ª. a 8ª. 2º. Grau 3º. Grau

Data ____/____/____

Orientações:

- 1- Preencha os dados da identificação na parte superior da folha.
- 2- Use um lápis preto para marcar a resposta.
- 3- Se você desejar alterar sua resposta, apague com cuidado a 1ª. marca e marque a nova resposta.
- 4- Não faça outras anotações fora dos círculos.

INSTRUÇÕES:

Informe ao cliente que será apresentada uma lista de problemas que as pessoas algumas vezes têm. Por favor leia-os cuidadosamente para o cliente e pinte o círculo que melhor descreve o quanto aquele problema o tem preocupado ou angustiado durante os últimos 7 dias incluindo hoje. Pinte o círculo em apenas 1 número para cada problema e não pule nenhum Item. Se o cliente mudar de idéia apague sua primeira marca e remarque o outro círculo. Leia o exemplo antes de começar e dê explicações extras, se necessário.

Nenhum Pouco					Um Pouco					Moderadamente					Bastante					Muito				
EXEMPLO O quanto voce esta preocupado com:																								
0	1	2	3	4	Dores no corpo																			

		O quanto voce esta preocupado com:				
		Nenhum Pouco	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dores de cabeça
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosismo ou tremores internos
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensamentos ruins repetidos que não saem de sua mente (cabeça)
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fraqueza ou tonturas
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perda de interesse ou de prazer sexual
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se crítico em relação a outras pessoas
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A idéia de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir que os outros são culpados de muitos dos seus problemas
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dificuldade para se lembrar das coisas
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Preocupado com o desleixo ou falta de cuidado
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dores no coração ou no peito
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se com pouca energia ou para baixo
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensamentos de acabar com a própria vida
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Escutar vozes que outras pessoas não escutam
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estar trêmulo (com tremedeira)
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter pouco apetite
20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chorar facilmente
21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se envergonhado ou desconfortável em relação ao sexo oposto
22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se trapaceado ou encurralado (sem saída)
23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repentinamente sentir medo sem razão
24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Explosões que você não pode controlar (explosões de raiva)
25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter medo de sair de casa sozinho
26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se culpado
27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dores nas costas e quadris
28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se bloqueado (com dificuldade) para terminar as coisas
29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se sozinho
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se sem importância

					O quanto voce esta preocupado com:	
	Nenhum Pouco	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	
31	<input type="radio"/>	Preocupar-se demais com as coisas				
32	<input type="radio"/>	Sentir-se desinteressado pelas coisas				
33	<input type="radio"/>	Sentir medo				
34	<input type="radio"/>	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos				
35	<input type="radio"/>	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos				
36	<input type="radio"/>	Sentir que os outros não o entendem ou são antipáticos				
37	<input type="radio"/>	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você				
38	<input type="radio"/>	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza de que estão corretas				
39	<input type="radio"/>	Coração palpitando ou disparando				
40	<input type="radio"/>	Náuseas, enjôos ou estômago ruim				
41	<input type="radio"/>	Sentir-se inferior aos outros				
42	<input type="radio"/>	Dores musculares (dor no corpo)				
43	<input type="radio"/>	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros				
44	<input type="radio"/>	Problemas para conciliar o sono				
45	<input type="radio"/>	Ter que conferir e reconferir o que fez				
46	<input type="radio"/>	Dificuldade para tomar decisões				
47	<input type="radio"/>	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trem				
48	<input type="radio"/>	Problemas para respirar				
49	<input type="radio"/>	Ondas de calor ou frio				
50	<input type="radio"/>	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)				
51	<input type="radio"/>	Um "branco" na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)				
52	<input type="radio"/>	Dormência ou formigamento em partes do corpo				
53	<input type="radio"/>	Um nó na garganta				
54	<input type="radio"/>	Sentir-se sem esperança sobre o futuro				
55	<input type="radio"/>	Dificuldade de concentração				
56	<input type="radio"/>	Sentir fraqueza em partes do corpo				
57	<input type="radio"/>	Sentir-se tenso ou travado				
58	<input type="radio"/>	Sentir peso nos braços e pernas				
59	<input type="radio"/>	Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo				
60	<input type="radio"/>	Comer demais				

	O quanto voce esta preocupado com:					
	Nenhuma Pouco	Um Pouco	Moderadamente	Muito		
61	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você
62	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter pensamentos que não são seus
63	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter desejos de bater, machucar ou ameaçar alguma pessoa
64	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acordar de madrugada
65	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar
66	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sono sem descanso ou perturbado
67	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas
68	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter idéias ou crenças que os outros não aceitam
69	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros
70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema
71	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir que tudo é um esforço
72	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ondas de terror ou pânico
73	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se desconfortável por comer ou beber em público
74	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Envolver-se frequentemente em discussões
75	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho
76	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Os outros não dão o devido crédito (valor) às suas conquistas
77	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado
78	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)
79	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentimentos de inutilidade
80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você
81	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gritar ou atirar coisas
82	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Com medo de desmaiar em público
83	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentir que as pessoas tirarão vantagens de você, caso permita
84	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito
85	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A idéia de que você deveria ser punido pelos seus pecados
86	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensamentos e imagens de natureza assustadora
87	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A idéia de algo sério está errado com seu corpo
88	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nunca se sentir próximo a outra pessoa
89	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sentimentos de culpa
90	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A idéia de que há algo errado com sua mente