

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS
DO COMPORTAMENTO**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA EM
PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA, TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL E TERAPIA INTERPESSOAL: A PERSPECTIVA DO
PACIENTE**

**GUILHERME KIRSTEN BARBISAN
ORIENTADORA: NEUSA SICA DA ROCHA**

PORTO ALEGRE

2019

GUILHERME KIRSTEN BARBISAN

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA EM
PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA, TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL E TERAPIA INTERPESSOAL: A PERSPECTIVA DO
PACIENTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Neusa Sica da Rocha

PORTO ALEGRE

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Barbisan, Guilherme Kirsten
ASSOCIAÇÃO ENTRE ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE
VIDA EM PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA, TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL E TERAPIA INTERPESSOAL: A PERSPECTIVA
DO PACIENTE / Guilherme Kirsten Barbisan. -- 2019.
18565 f.
Orientadora: Neusa Sica da Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto
Alegre, BR-RS, 2019.

1. psicoterapia. 2. qualidade de vida. 3. aliança
terapêutica. I. da Rocha, Neusa Sica, orient. II.
Título.

GUILHERME KIRSTEN BARBISAN

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA EM
PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA, TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL E TERAPIA INTERPESSOAL: A PERSPECTIVA DO
PACIENTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Lucia Helena Freitas Ceitlin
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professor Doutor Fernando Grilo Gomes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professor Doutor André Goettems Bastos
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Professora Doutora Nina Rosa Furtado (Suplente)
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

São muitas pessoas que participaram direta ou indiretamente deste trabalho e da longa caminhada para se chegar até aqui. Portanto início agradecendo à minha família, que sempre me apoiou nas escolhas e me deu o suporte necessário para realizar minhas atividades com tranquilidade e confiança.

Agradeço imensamente à minha orientadora Neusa Sica da Rocha por me ensinar nesses anos muitas coisas que vou levar adiante na minha vida profissional e principalmente pessoal. Além de me passar o conhecimento científico com competência e leveza, foi um espelho para mim de como se manter focado, trabalhando sério sem perder a atenção no que é mais importante, as pessoas à nossa volta. Me sinto privilegiado por todo esse tempo de contato que se iniciou como residente/professora, passou para orientando/orientadora e que agora vira amigo/amiga.

Aos meus amigos, por sorte tenho diversos deles, com os quais posso contar para momento bons e para aqueles nem tão bons. Incluo aqui meus amigos de grupo de pesquisa, Leonardo, Cinthia e Marcelo, e aos bolsistas que se esmeraram no trabalho duro: Sthéfani, Ana Laura, Bruno, Gabriel, Amanda, Fabrício e Magali.

RESUMO

Introdução: A aliança terapêutica, originalmente um conceito psicanalítico, tem sido um fator associado a resultados positivos em todas as modalidades psicoterápicas, e essa associação vem sendo estudada de forma maciça nas últimas décadas. A evidência de sua capacidade preditiva de melhora dos sintomas específicos dos transtornos mentais é robusta, porém, na literatura revisada até o momento, não existem estudos relacionando a aliança terapêutica com medidas de qualidade de vida. **Objetivos:** Nosso objetivo é avaliar se existe associação entre aliança terapêutica e qualidade de vida em pacientes adultos em três diferentes psicoterapias. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal que incluiu pacientes ambulatoriais submetidos a tratamento psicoterapêutico individual em algumas modalidades: psicoterapia psicanalítica (PP), terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia interpessoal (TIP). Foram avaliadas tanto as Escalas de Psicoterapia Aliança da Califórnia - versão Paciente (CALPAS -P), quanto a escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - versão curta (WHOQOL-BREF) em 71 pacientes ambulatoriais. Para avaliar a associação do escore nos domínios da qualidade de vida, aplicou-se o modelo linear generalizado. Para avaliar a correlação entre essas variáveis, foi obtido o coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** Ao incluir a amostra total na análise, a associação entre a escala CALPAS -P com os domínios do WHOQOL-BREF não apresentou significância estatística ($p < 0,05$). Ao considerar apenas a amostra de pacientes que estavam em tratamento em PP, houve significância estatística na associação entre o escore total da CALPAS -P apenas com o domínio psicológico da WHOQOL-BREF $b = 7.943$ (0,14 a 15,74) ($p = 0,046$), e correlação de Pearson $r = 0,287$. Quando da regressão para os fatores de confusão (idade, número de sessões, sintomas depressivos, sexo e uso de medicação psiquiátrica), a correlação do domínio psicológico com o CALPAS -P nos pacientes com PP perde a significância ($p = 0,221$). **Conclusão:** Esses achados corroboram a hipótese de que, embora seja considerado um fator inespecífico de qualquer tipo de psicoterapia, parece estar mais fortemente relacionado a melhores resultados em psicoterapias psicanalíticas.

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic alliance, firstly a psychoanalytical concept, has been a factor associated with positive results in all psychotherapy modalities, and this association has been studied massively in the last decades. The evidence of its predictive capacity for improvement in specific symptoms of mental disorders is robust, however, in literature review so far, there are no studies relating the therapeutic alliance with quality of life measures. **Objectives:** Our objective is to evaluate if there is an association between therapeutic alliance and quality of life in adult patients in three different psychotherapies. **Methods:** It was conducted a cross-sectional study which included outpatients who were undergoing individual psychotherapeutic treatment in some of the modalities: psychoanalytic psychotherapy (PP), cognitive behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT). We evaluated both the California Psychotherapy Alliance Scales – Patient version (CALPAS -P), and the World Health Organization Quality of Life scale - short version (WHOQOL-BREF) in 71 outpatients. To evaluate the association of the -score on quality of life domains, the generalized linear model was applied. To evaluate the correlation between these variables the Pearson correlation coefficient was obtained. **Results:** When including total sample in the analysis, the correlation of the CALPAS -P scale with the WHOQOL-BREF domains did not present statistical significance ($p < 0.05$). When considering only the sample of patients who were undergoing treatment in PP, there was a statistical significance in the association between the CALPAS -P only on the psychological domain of the WHOQOL-BREF: $b = 7,943$ (.14 to 15.74) ($p = 0.046$), and Pearson's correlation $r = 0.287$. When the regression for the confounding factors (age, number of sessions, depressive symptoms, sex and use of psychiatric medication), the correlation of the psychic domain with the CALPAS-P in the PP patients loses the significance ($p = 0.221$). **Conclusion:** These findings corroborate the hypothesis that although it is considered a nonspecific factor of any kind of psychotherapy, it seems to be more strongly related to better results in psychoanalytic psychotherapies.

LISTA DE TABELAS

Table 1 - Demographic data of the sample	42
Table 2 - Psychiatric profile of the sample	43
Table 3 - Association of CALPAS-p score with WHOQOL-BREF domains in the total sample (n=71)	45
Table 4 - Confounding factors influence in PP patients, on association between the WHOQOL psychological domain and TA.	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AT	Aliança terapêutica
CALPAS-P	Escala de aliança terapêutica da Califórnia versão do paciente
PP	Psicoterapia psicanalítica
QV	Qualidade de vida
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TIP	Terapia Interpessoal
WHOQOL-BREF	Escala de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Instrumentos de avaliação da aliança terapêutica	14
1.2. Instrumento de avaliação de qualidade de vida: WHOQOL-BREF	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1. Transtornos mentais e psicoterapia.....	19
2.2. O conceito de aliança terapêutica: de Freud aos dias atuais.....	20
2.3. Aliança terapêutica como preditor de melhora clínica: evidências científicas.....	22
2.4. Aliança Terapêutica e Qualidade de vida.....	25
3. JUSTIFICATIVA	27
4. OBJETIVOS	28
5. HIPÓTESES	29
6. METODOLOGIA	30
6.1. Questão de pesquisa	30
6.2. Delineamento.....	30
6.3. Amostra.....	30
6.4. Coletas.....	30
6.5. Instrumentos de medida.....	31
6.6. Aliança terapêutica	31
6.7. Qualidade de vida	31
6.8. Análises estatísticas	32
7. ASPECTOS ÉTICOS	33
8. RESULTADOS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXO 1	65
ANEXO 2	67
ANEXO 3	70
ANEXO 4	71
ANEXO 5	75
ANEXO 6	77
ANEXO 7	78

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho parte do reconhecimento da importância da aliança terapêutica (AT) como fator relevante para a efetividade das psicoterapias e da qualidade de vida (QV) como conceito fundamental de avaliação de saúde.

Estudos das últimas décadas (1,2) evidenciam de forma cada vez mais clara e robusta a eficácia das psicoterapias no tratamento dos mais diversos transtornos mentais. Hoje existem diversas técnicas diferentes de psicoterapia, no entanto este modelo de tratamento popularmente conhecido como “cura pela fala” foi criado por Freud ao fundar a psicanálise no início do século passado (3).

Ao longo dos anos estudou-se os fatores que contribuem para a efetividade dos tratamentos psicológicos, e o estudo da AT, conceito delineado por Freud (4), ganhou força nas pesquisas das últimas décadas por se tratar de um fator inerente às mais diversas modalidades de psicoterapia, e não exclusivo de uma técnica específica.

Torna-se cada vez mais frequente o uso da expressão ‘aliança terapêutica’ para caracterizar a relação positiva e necessária entre terapeuta e paciente no processo a ser desenvolvido entre ambos. É compreendida como uma relação dual, uma formação de compromisso entre duas pessoas, uma verdadeira aliança (4).

Embora Freud não tenha elaborado extensivamente essa concepção da AT, ele viu claramente a aliança como uma interação diádica e defendeu a intervenção por parte do terapeuta para promover a aliança (5). Sterba (6) desenvolveu a noção de aliança do ego (ego alliance), ressaltando que uma parte intacta, saudável ou racional do ego do paciente forma um contrato consciente com o terapeuta.

Greenson (7) realçou a colaboração entre terapeuta e paciente baseada na realidade e cunhou o termo aliança de trabalho (‘working alliance’). Ele apontou para um modelo com três componentes: transferência, aliança de trabalho e relacionamento real. Zetzel (8) que cunhou o termo aliança terapêutica (‘therapeutic alliance’), esclareceu algumas diferenças entre transferência e aliança, sugerindo que a parte não neurótica do relacionamento entre paciente e terapeuta permite àquele usar a interpretação do terapeuta para perceber distinções entre as reminiscências do passado e a ligação real entre si mesmo e o terapeuta. Ela argumenta que, numa psicoterapia, o paciente oscila entre períodos em que o relacionamento é dominado pela transferência, e períodos em que prevalece a aliança de trabalho.

Bordin, em 1979 (9), criou uma definição mais operacional de aliança de trabalho, consistindo em acordo sobre metas, acordo sobre tarefas e desenvolvimento de vínculo entre paciente e terapeuta. De acordo com Bordin, essas características são centrais para todas as psicoterapias, mas podem se desenvolver de maneira diferente em diferentes formas de terapia (10).

Mais recentemente, outros autores enfatizaram a distinção entre aliança e transferência, reservando o termo aliança para os aspectos colaborativos conscientes da relação, baseados num acordo racional entre terapeuta e paciente. (11)

A AT há décadas vem sendo um dos fatores mais pesquisados que levam ao sucesso da psicoterapia (12), e hoje existem mais de 30 escalas criadas para medir a AT no contexto psicoterapêutico.

Embora concebidos por equipes independentes de pesquisa, há frequentemente uma boa correlação entre as escalas usadas para classificar a aliança terapêutica, que revelam que esses instrumentos tendem a avaliar o mesmo processo subjacente (13).

1.1. Instrumentos de avaliação da aliança terapêutica

A utilização desse construto tem sido limitada em pesquisa pela confusão e pela controvérsia a respeito da natureza da aliança. Os pesquisadores têm usado várias definições de AT, o que têm gerado múltiplos instrumentos de avaliação (14). Um dos primeiros instrumentos criados foi o Inventário de Relacionamento (Relationship Inventory – RI) (15). O RI, usado em estudos a respeito de resultados terapêuticos, mostrou que a percepção dos pacientes sobre o relacionamento muda conforme segue o curso do tratamento. O Relato da Sessão Terapêutica (Therapy Session Report – TSR) foi criado para capturar a experiência do paciente na psicoterapia e aborda quatro aspectos da experiência terapêutica: diálogo, troca, sentimentos e relacionamento (11).

Entre as escalas mais utilizadas atualmente para verificar a relação entre AT e desfecho positivo em psicoterapia, estão a a Escala de Processo Psicoterápico Vanderbilt (Vanderbilt Psychotherapy Process Scale – VPPS), a Escala de Aliança Penn, O Inventário de Aliança de Trabalho e a a CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scales), que foi a escala utilizada no presente estudo.

A Escala de Processo Psicoterápico Vanderbilt (Vanderbilt Psychotherapy Process Scale – VPPS) (16,17) tem três subescalas: envolvimento do paciente, exploração do processo e ofertas do terapeuta ao relacionamento. Análises das associações entre essas

subescalas e dos efeitos pós-tratamento mostraram que o envolvimento do paciente no tratamento foi positivamente associado aos melhores resultados.

A Escala de Aliança Penn (18,11) consiste em dois tipos de aliança: a percepção do paciente do terapeuta como fornecendo ajuda necessária, e a experiência de tratamento do paciente como uma colaboração com o terapeuta sobre os objetivos do tratamento.

O Inventário de Aliança de Trabalho (Working Alliance Inventory – WAI) (19) procurou representar as três dimensões de alianças conceituadas por Bordin (9): objetivo, tarefa e vínculo. Procurando ampliar as perspectivas de investigação, outros autores (20,21) desenvolveram uma medida terapêutica que pudesse ser preenchida pelo paciente e outra pelo terapeuta ou por um avaliador clínico imparcial. Os resultados mostraram que houve uma considerável correspondência entre as três perspectivas. A CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scales) é baseada nas medidas de aliança previamente desenvolvidas pelos pesquisadores do Langley Porter Institute, os quais estenderam as análises de Marziali (22) e desenvolveram as Escalas de Aliança Psicoterápica da Califórnia (CALPAS) (22,23). Os resultados de diversos estudos mostraram uma associação positiva entre o grau de aliança terapêutica e os resultados da psicoterapia (12,13,24).

A CALPAS, foi elaborada em três etapas. Primeiro, as dimensões da aliança a serem consideradas foram identificadas na revisão da literatura teórica e empírica (25). Os esforços foram direcionados para o desenvolvimento de uma medida abrangente da aliança, e foi dada atenção especial para não favorecer nenhuma abordagem terapêutica específica. Em vez de usar uma definição eclética da aliança, as definições da aliança complementar foram emprestadas de várias perspectivas teóricas (5).

A versão atual da CALPAS (26) foi desenvolvida para medir quatro dimensões relativamente independentes da aliança que serão detalhados adiante: (a) aliança terapêutica (PC); (b) aliança de trabalho (PWC); (c) compreensão e envolvimento do terapeuta (TUI); e (d) acordo entre o paciente e o terapeuta em relação aos objetivos e às estratégias (WSC). Os 24 itens da CALPAS estão distribuídos nessas quatro escalas, e cada dimensão da aliança foi operacionalizada em seis componentes.

Na Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente (PC), avalia-se a confiança do paciente de que os esforços levarão a mudanças, disposição para fazer sacrifícios como tempo e dinheiro, visão da terapia como uma experiência importante, confiança na terapia e no terapeuta, participação na terapia apesar dos momentos dolorosos e comprometimento para completar o processo terapêutico.

A escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente (PWC) é composta de itens que medem a capacidade do paciente de revelar informações íntimas e salientes, observar a própria contribuição para problemas, experimentar emoções moduladas, trabalhar ativamente com os comentários do terapeuta, aprofundar a exploração de temas salientes e trabalhar propositadamente para a resolução de problemas.

A escala de Avaliação da Compreensão e Envolvimento do Terapeuta (TUI) reflete a capacidade do terapeuta de compreender o ponto de vista e os sofrimentos do paciente, demonstrar uma aceitação do paciente sem julgamento, abordar as dificuldades centrais do paciente, intervir com tato e tempo, sem usar mal a sua própria necessidade e demonstrar comprometimento em ajudar o paciente a superar problemas.

A escala de Acordo de Trabalho e Estratégia (WSC) engloba a semelhança paciente-terapeuta dos objetivos; esforço conjunto, acordo sobre como as pessoas são ajudadas, como as pessoas mudam de terapia e como a terapia deve proceder.

Três formas paralelas do CALPAS foram elaboradas, sendo uma preenchida por pacientes (utilizada no presente estudo), uma pelos terapeutas e outra para juízes clínicos treinados.

A versão do paciente da CALPAS é uma medida importante para avaliar as várias dimensões da aliança. Em geral, as quatro escalas de CALPAS-P mostraram-se moderadamente inter-relacionadas, fornecendo algum suporte para a alegação de que elas refletem dimensões relativamente independentes da aliança. Foi constatado que a CALPAS-P não varia entre as modalidades de terapia nem com o número de sessões (5).

Uma importante contribuição da CALPAS é sua tentativa de avaliar quatro dimensões de alianças derivadas teoricamente. A CALPAS-P avalia quatro dimensões de alianças relativamente distintas que estão incorporadas em um construto maior de aliança (5).

Ao analisarmos os estudos que correlacionam AT com melhora em psicoterapia, nota-se uma clara tendência à utilização de escalas de sintomas (depressivos, ansiosos, transtorno obsessivo compulsivo) como forma de avaliar a melhora do paciente ao longo do tratamento (12). No entanto, diretrizes da Organização Mundial da Saúde apontam para o papel da prevenção de doenças, enfatizando que a noção saúde "é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (27).

1.2. Instrumento de avaliação de qualidade de vida: WHOQOL-BREF

A avaliação de qualidade de vida vem crescendo em importância como medida de avaliação de resultados de tratamento em medicina. A partir da constatação da falta de um instrumento de avaliação de qualidade de vida com um enfoque transcultural, a OMS desenvolveu uma metodologia única para sua criação. Na década de 90 foi desenvolvido o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), instrumento composto de cem questões (28).

A iniciativa da OMS para desenvolver uma avaliação da qualidade de vida surgiu por vários motivos. Primeiro, que nos últimos anos tem havido um enfoque maior na medição da saúde além dos indicadores tradicionais, como mortalidade e morbidade, para incluir medidas do impacto da doença e das deficiências nas atividades diárias, e medidas de incapacidade / status funcional. Essas medidas, apesar de fornecer uma estimativa do impacto da doença na vida das pessoas, não avaliam a qualidade de vida em si, que foi apropriadamente descrita como "a medição ausente na saúde" (29). Segundo, a maioria das medidas de estado de saúde foi desenvolvida na América do Norte e no Reino Unido, e a tradução dessas medidas para uso em outros contextos é demorada e insatisfatória por várias razões (30). Terceiro, o modelo cada vez mais mecanicista da medicina, preocupado apenas com a erradicação de doenças e sintomas, reforça a necessidade da introdução de um elemento humanístico nos cuidados de saúde. Ao pedir avaliações de qualidade de vida nos cuidados de saúde, a atenção é focada neste aspecto da saúde, e as intervenções resultantes darão mais atenção a esse aspecto do bem-estar dos pacientes. A iniciativa da OMS de desenvolver uma avaliação da qualidade de vida surge da necessidade de uma medida genuinamente internacional de qualidade de vida e do compromisso com a promoção continuada de uma abordagem holística para a saúde e os cuidados de saúde (31).

O WHOQOL-100 (31) permite uma avaliação detalhada de cada faceta individual relacionada à qualidade de vida. Em certos casos, no entanto, o WHOQOL-100 pode ser muito demorado para uso prático. A versão de teste de campo do WHOQOL-BREF foi desenvolvida para fornecer uma avaliação de qualidade de vida resumida que analise os perfis de nível de domínio, usando dados da avaliação piloto do WHOQOL-100 e todos os dados disponíveis da versão de teste de campo do WHOQOL-100. O WHOQOL-BREF contém um total de 26 perguntas. Para fornecer uma avaliação ampla e abrangente,

um item de cada uma das 24 facetas contidas no WHOQOL-100 foi incluído. Além disso, dois itens da faceta qualidade geral de vida e saúde geral foram incluídos.

Ainda segundo a OMS, Qualidade de vida é definida como ‘a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações’.

No presente estudo utilizamos a WHOQOL-BREF como medida de qualidade de vida.

Considerando que a AT está ligada à efetividade das psicoterapias e que a QV é um conceito mais atualizado e abrangente de desfecho em saúde, os objetivos deste estudo são: 1) verificar se a aliança terapêutica (CALPAS-P) está associada com qualidade de vida (WHOQOL-BREF) em pacientes tratados em 3 técnicas diferentes de psicoterapia (psicoterapia psicodinâmica, terapia interpessoal e terapia cognitivo comportamental); 2) avaliar se existe diferença na associação AT e QV entre as diferentes modalidades de psicoterapia; e 3) analisar se a associação AT e QV, sendo positiva e estatisticamente significativa, persiste após controle para fatores confundidores (idade, sexo, sintomas depressivos e uso de psicofármacos).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Transtornos mentais e psicoterapia

Os transtornos mentais são comuns e representam um importante problema de saúde pública. Eles estão associados a um alto impacto negativo em todas as áreas da vida do indivíduo. Até 45% dos pacientes que procuram atendimento primário apresentam pelo menos um transtorno mental (32).

Os transtornos mentais aumentam o risco de adoecer de outras doenças, como o HIV, doenças cardiovasculares, diabetes e vice-versa (27). A identificação precoce e o gerenciamento eficaz são essenciais para garantir que as pessoas recebam os cuidados de que precisam.

Sabidamente, as psicoterapias são uma ferramenta importante no tratamento de muitos transtornos mentais (2,33). Uma revisão sistemática de 61 metanálises (852 ensaios clínicos num total de 137126 participantes) que analisou o efeito de farmacoterapia e psicoterapia para os principais transtornos psiquiátricos publicada na revista *Jama Psychiatry* em 2014 mostrou que os tamanhos de efeito das psicoterapias tendiam a ser maiores (0,58 [IC95% 0,40-0,76]) que os da farmacoterapia (0,40 [0,28-0,52]).

Revisões atuais e diretrizes práticas consideram formas específicas de psicoterapia (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental [TCC], terapia interpessoal (TIP), psicoterapia psicodinâmica (PP)) e farmacoterapia como empiricamente eficazes para o tratamento de transtornos mentais (26).

A psicoterapia é um método de tratamento que utiliza meios psicológicos para auxiliar pacientes a modificar problemas emocionais, cognitivos e comportamentais. Ela é realizada no contexto de uma relação interpessoal, a relação terapêutica, que as evidências têm apontado ser tão relevantes quanto as técnicas utilizadas para o sucesso de todas as psicoterapias. A relação terapêutica depende de aspectos do paciente e da pessoa do terapeuta para que se estabeleça e sustente um tratamento. Alguns desses fatores ficaram conhecidos como ‘fatores não específicos’, fatores ‘rogerianos’ ou ‘fatores comuns’ e são determinantes dos resultados de todas as terapias (34).

Wampold afirma que existem três caminhos pelos quais a psicoterapia produz benefícios: 1) a relação real terapeuta-paciente, 2) as expectativas do pacientes em relação ao tratamento, que são trabalhadas pelo terapeuta e 3) os ingredientes específicos de cada

técnica. Isto é, a psicoterapia não tem uma influência unitária nos pacientes, mas funciona através de vários mecanismos. Os mecanismos subjacentes aos três caminhos envolvem características evoluídas dos seres humanos como espécie social; como tal, a psicoterapia é um caso especial de uma prática de cura social (35).

Lambert também fala da importância dos 'fatores comuns'. Ele postula que os fatores que influenciam o resultado do tratamento psicoterápico podem ser divididos em quatro áreas: fatores extraterapêuticos, efeitos de expectativa (incluindo placebo), técnicas de terapia específicas e fatores comuns. Fatores comuns como empatia e relação terapêutica mostraram ter maior correlação com o resultado final do tratamento do que as técnicas específicas. Os fatores comuns mais frequentemente estudados foram as condições facilitadoras centradas na pessoa (empatia, congruência) e a AT. Décadas de pesquisas indicam que a provisão de terapia é um processo interpessoal no qual um componente curativo principal é a natureza da relação terapêutica (36).

Verificou-se que a AT prediz o resultado de uma variedade de diferentes psicoterapias (24), e foi descrita como “a variável integrativa essencial” em psicoterapia (37). A pesquisa da aliança é bem-vinda como um exemplo de uma área de pesquisa de relevância direta para a prática psicoterapêutica (10).

2.2. O conceito de aliança terapêutica: de Freud aos dias atuais

Originalmente um conceito desenvolvido dentro da psicoterapia psicanalítica, a AT tem surgido como uma variável pan-teórica amplamente estudada (38).

Historicamente, o conceito de aliança (mas não o termo em si) remonta ao período intermediário dos escritos de Freud. Ele claramente reconhece a importância do apego consciente do cliente para a pessoa do terapeuta:

[...] até mesmo os resultados mais brilhantes poderiam ser repentinamente apagados se minha relação pessoal com o paciente fosse perturbada ... a relação emocional pessoal entre médico e cliente era afinal mais forte do que todo o processo catártico (39).

Freud (40) diferenciava entre os aspectos realistas e colaborativos da relação terapêutica e os mais distorcidos. Ele considerou os sentimentos afetuosos do paciente em relação ao terapeuta, originados em elementos confiantes não conflituosos de relacionamento com figuras parentais, como a base da colaboração. Ele falou sobre “os aspectos amigáveis e afetuosos da transferência que são admissíveis à consciência e que

são o veículo do sucesso” (p. 105). Ele também escreveu que "o primeiro objetivo do tratamento é vincular a pessoa do paciente à pessoa do terapeuta" (p. 139)(25).

Freud (33) discutiu o valor do "interesse sério" do analista em manter o "entendimento compreensivo" do cliente para permitir que a parte saudável do self do cliente forme um apego positivo ao analista.

A implicação dessa perspectiva posterior é que, embora a interpretação das projeções do cliente ou experiências prévias não resolvidas sejam centrais para a terapia, a capacidade da parte intacta do self consciente e baseado na realidade do paciente em desenvolver um pacto com o terapeuta "real" torna possível realizar a tarefa de curar (41).

Outros autores posteriormente ampliaram os conceitos pioneiros de Freud acerca da importância da relação “real” entre terapeuta e paciente. Greenson (7) elaborou o conceito de colaboração baseada na realidade entre terapeuta e cliente e cunhou o termo aliança de trabalho. Ele propôs um modelo que tem três componentes: transferência, aliança de trabalho e relação real (42). Zetzel (8) esclareceu algumas das distinções entre transferência e aliança, sugerindo que, com efeito, o componente não neurótico da relação paciente-terapeuta (a aliança) permite ao cliente recuar e usar as interpretações do terapeuta para distinguir melhor entre os remanescentes de relacionamentos passados e a associação real entre si e o terapeuta (34).

A definição da aliança terapêutica proposta por Bordin (9) é aplicável a qualquer abordagem terapêutica e por essa razão é definida por Horvath e Luborsky (34) como o “conceito pan-teórico”. A formulação de Bordin sublinha a relação colaborativa entre paciente e terapeuta na luta comum para superar o sofrimento do paciente e o comportamento autodestrutivo (43)

Bordin afirmou em 1979 que “algum nível básico de confiança certamente marca todas as variedades de relacionamentos terapêuticos, mas quando a atenção é direcionada para os aspectos mais protegidos da experiência interior, laços mais profundos de confiança e apego são requeridos e desenvolvidos” (8) .

Bordin (8) também fundiu diferentes contribuições teóricas em seu conceito genérico de aliança de trabalho. Inclui três características: “[eu] um acordo sobre objetivos, [2] uma tarefa ou uma série de tarefas, e [3] o desenvolvimento de vínculos” entre terapeuta e paciente. De acordo com Bordin, essas características são centrais para todas as psicoterapias, mas podem se desenvolver de maneira diferente em diferentes formas de terapia.

Wampold (28) afirma que a reunião inicial do paciente e do terapeuta é essencialmente a reunião de dois estranhos, com o paciente avaliando se o terapeuta é confiável, se tem a experiência necessária e se gastará tempo e esforço para entender tanto o problema quanto o contexto em que se encontra o paciente e o problema em que estão situados.

Gomes (4) cita que a aliança terapêutica depende do paciente, do terapeuta e do enquadre. O paciente colabora enquanto lhe é possível estabelecer um vínculo relativamente racional, e o terapeuta contribui com seu constante empenho em tentar entender e superar a resistência através de sua empatia, sua atitude de aceitar o paciente sem julgá-lo ou dominá-lo. Podendo deduzir, então, que a aliança terapêutica contém sempre uma mescla de elementos racionais e irracionais.

De uma maneira objetiva e racional, é aparentemente fácil entender o que queremos referir com a afirmativa “é necessária uma boa AT para se ter bons resultados em psicoterapia”: se trata de determinada situação em que um necessita do outro e na qual existe uma intenção de colaboração recíproca. Espera-se que, quanto melhor a qualidade dessa aliança, melhores sejam os resultados. Ela pode ser entendida como uma “união de forças” em direção à busca da cura (44).

2.3. Aliança terapêutica como preditor de melhora clínica: evidências científicas

O quadro emergente sugere que a qualidade da aliança cliente-terapeuta é um preditor confiável do resultado clínico positivo, independente da abordagem psicoterápica ou da medida de desfecho utilizada (43).

A presença de uma forte aliança ajuda o paciente a lidar com os desconfortos imediatos associados à descoberta de problemas dolorosos na terapia e torna possível adiar a gratificação imediata usando sua capacidade cognitiva/racional (isto é, o endosso das tarefas da terapia) e os aspectos afetivos (ou seja, os laços pessoais) do relacionamento (41).

Um estudo que controlou a mudança prévia dos sintomas constatou que a aliança precoce previa a mudança subsequente dos sintomas depressivos entre aqueles que recebiam medicação antidepressiva (45). Um provável mecanismo para melhores resultados é a adesão à medicação. De fato, a qualidade da aliança tem sido associada à adesão ao tratamento entre aqueles com transtorno bipolar (46) e primeiro episódio de psicose, embora apenas a aliança do provedor tenha sido preditora de psicose (47).

Uma Força-Tarefa da Divisão de Psicologia Americana (25) formou um volume inteiro editado em torno do conceito de “relações psicoterapêuticas que funcionam”, com o foco principal na aliança, concluindo que “a relação terapêutica faz contribuições substanciais e consistentes ao resultado da psicoterapia independente do tipo específico de tratamento(48).

O manual NIDA (49) afirma que a AT é um elemento de tratamento que começa a se desenvolver imediatamente, e que tem demonstrado ser um dos fatores mais significativos que afetam a retenção e o sucesso do tratamento. A AT atua em todos os tipos de tratamento de abuso de substâncias.

O forte achado da significância da AT é verdadeiro em estudos de tratamento medicamentoso também. Por exemplo, Luborsky, Barber, Siqueland, McLellan e Woody (50) descobriram que as medidas de AT previam significativamente o desfecho para três tipos diferentes de tratamento oferecidos a usuários de drogas, terapia cognitivo-comportamental, terapia psicodinâmica e aconselhamento padrão sobre drogas. Ou seja, quanto melhor a AT, melhor o sucesso do cliente, independentemente de qual forma de tratamento de drogas em que ele ou ela tenha participado (41).

A aliança terapêutica positiva também demonstrou aumentar a retenção no tratamento do abuso de substâncias e melhorar o resultado do tratamento, mesmo independente do tempo de permanência no tratamento (50,51).

Há estudos que associam a relação terapêutica com melhora na adesão ao tratamento farmacológico não só em transtornos psiquiátricos (52), como em outras comorbidades clínicas, como AIDS, HAS e DM (53).

Marmar, Gaston, Gallagher e Thompson (23) examinaram a aliança terapêutica como preditor de resposta em terapia dinâmica, cognitiva e comportamental, comprovando a correlação desta com melhora nas escalas de depressão (BDI) ao final do tratamento.

Outros estudos (54) evidenciaram a aliança terapêutica como preditor de resposta em paciente com depressão crônica submetidos a 2 tipos diferentes de psicoterapia, mostrando que altos escores de aliança terapêutica no início do tratamento foram significativamente associados a escores menores na HAM-D ao longo do tratamento.

Em nosso meio, um estudo brasileiro realizado por Marcolino (55) avaliou o impacto da AT em um programa de psicoterapia individual psicodinâmica breve, considerando a AT um conceito central no processo terapêutica deste modelo de psicoterapia. Os resultados mostraram maior redução de sintomas nos pacientes que

tiveram uma pontuação maior na habilidade de perceber o terapeuta como capaz de entender seu ponto de vista e seu sofrimento.

Outros estudos brasileiros avaliaram a importância da AT na psicoterapia psicodinâmica. Gomes (4), em 2003, estudou a influência do nível de funcionamento defensivo do paciente na qualidade da aliança terapêutica estabelecida durante a psicoterapia psicodinâmica. Para avaliar a aliança terapêutica se utilizou a Helping Alliance questionnaire (HAq II), respondida pelo terapeuta e pelo paciente, e o nível defensivo foi avaliado através da Escala de funcionamento defensivo do DSM-IV TR. Foram avaliadas 37 duplas paciente-terapeuta. Não houve uma correlação significativamente estatística entre os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente e a capacidade de estabelecer uma AT de boa qualidade, confirmando achados de outros estudos que sugerem ser os fatores 'inespecíficos' mais importantes, inclusive, que as características do paciente e a técnica utilizada.

Machado (56), também no Brasil, avaliou se a contratransferência (CT) poderia ser utilizada para a avaliação da qualidade da AT na prática psicoterápica. Para isto, ele avaliou a correlação entre contratransferência e aliança terapêutica no início da psicoterapia psicodinâmica. Para medir a aliança terapêutica foi utilizada a CALPAS-P, e a contratransferência foi medida através da Escala de Avaliação da Contratransferência (EACT). Foram avaliadas 30 duplas paciente-terapeuta. Os resultados encontrados indicaram que a CT pode servir como uma fonte de avaliação precoce da AT.

Nos últimos anos, algumas metanálises foram realizadas avaliando a correlação entre aliança terapêutica e melhora do paciente. A correlação aliança-resultado foi examinada meta-analiticamente várias vezes (12). As correlações gerais variaram apenas ligeiramente ao longo dos anos: $r = 0.26$ em estudo de 1991 ($k=26$) (24); $r = .22$ ($k = 79$) em estudo de 2000 (13), $r = .21$ ($n=100$) em metanálise de 2002 (57) e $r = 0,28$ em metanálise de 2011 ($k=190$) (58).

Na última meta-análise realizada em 2018 (12), foram incluídos estudos independentes (publicados entre 1978 e 2017) que analisaram mais de 30.000 pacientes em psicoterapia presencial ou baseada na Internet (via teleconferência). A relação da aliança e o resultado do tratamento foi investigada usando uma meta-análise. A associação global de resultados e alianças para a psicoterapia face-a-face foi $r = .278$ (intervalos de confiança de 95% [.256, .299], $p = 0.0001$; equivalente a $d = 0.579$). Este tamanho de efeito é para a terceira casa decimal idêntico ao que foi encontrado na meta-análise de 2011 ($r = .278$; (50)). O tamanho de efeito global de 0,278 indica que a relação de aliança-

resultado é responsável por cerca de 8% da variabilidade dos resultados do tratamento. A correlação para a psicoterapia baseada na Internet era aproximadamente a mesma (ou seja, $r=0.275$, $k=23$).

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados ($k=100$) e estudos naturalísticos ($k=195$). Houve heterogeneidade entre os tamanhos de efeito, e 2% dos 295 tamanhos de efeito indicaram correlações negativas. Estes resultados confirmam a robustez da relação positiva entre a aliança e o resultado.

Nesta metanálise, 39 medidas diferentes de AT foram utilizadas entre os 295 estudos incluídos. Estas medidas claramente se sobrepõem até certo ponto, mas não compartilham um ponto de referência comum claro. Quatro medidas - California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), Helping Alliance Questionnaire (HAQ), Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) e o Working Alliance Inventory (WAI) - representaram aproximadamente dois terços dos estudos de resultados de alianças.

Os autores da metanálise atentam para o fato de que as medidas de desfecho foram predominantemente compostas por escalas específicas de transtorno, reafirmando que os resultados indicam que a aliança é preditiva de medidas específicas como depressão, abuso de substâncias e ansiedade. No entanto, afirmam também que a capacidade de predição da AT pode ser um pouco maior se o desfecho for avaliado com medidas mais amplas de saúde mental (27).

Nesta metanálise, a grande maioria dos ensaios incluídos focaram em sintomas depressivos e ansiosos como desfecho. Nenhum estudo utilizou escalas que avaliam qualidade de vida, como medida de desfecho correlacionada à aliança. Além disso, o estudo mostra que há uma desproporção de coleta de dados da América do Norte ($k=208$), países de língua inglesa ($k=21$) e países europeus ($k=65$). Nenhum estudo brasileiro ou de outro país da América do Sul foi incluído.

Ao final, os autores enfatizam que mais pesquisas são necessárias em amostras culturalmente específicas dentro e fora dos países ocidentais.

2.4. Aliança Terapêutica e Qualidade de vida

As evidências que associam aliança terapêutica como preditor de melhora sintomática (principalmente sintomas depressivos e ansiosos) nos tratamentos em psicoterapia já são razoavelmente amplas, no entanto não encontramos trabalhos associando aliança terapêutica como preditor de melhora na qualidade de vida dos

pacientes, e apenas 1 estudo usou como desfecho uma escala que se propõe a medir níveis de satisfação com a vida (Satisfaction with life scale), composta por 5 perguntas (59). Outros estudos utilizaram escalas de auto-estima como desfecho (60,61), além de escalas que medem progresso em psicoterapia através das relações interpessoais e do desempenho do papel social (62,63). Estes são conceitos mais abrangentes de saúde mental, no entanto ainda distantes da noção de qualidade de vida proposta pela OMS (62)(63) (60)(61).

Nenhum estudo foi encontrado utilizando a escala WHOQOL ou WHOQOL-BREF como desfecho. Esta associação parece de particular importância, pois muitos pacientes buscam atendimento psiquiátrico/psicoterápico não exclusivamente para reduzir sintomas, mas com intuito de melhorar a sua satisfação com a vida pessoal de forma geral (laboral, familiar, afetiva...).

Além disso, há evidências de que patologias psiquiátricas, como a depressão, tem um impacto considerável e amplo na vida do paciente, não se restringindo somente à sintomatologia da doença. Estudo conduzido por Fleck e colaboradores (64) mostrou que a intensidade dos sintomas depressivos está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde. Este estudo evidenciou que pacientes com sintomas depressivos tinham mais comprometimento físico e psicológico, e avaliavam sua qualidade de vida como pior (medidas por duas questões genéricas de qualidade de vida do WHOQOL-BREF).

Por fim, a dimensão positiva da saúde mental é enfatizada na definição de saúde da OMS contida em sua constituição: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"(27).

3. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que nas últimas décadas as políticas de saúde têm se focado em prevenção de doenças e promoção de saúde, parece plausível avaliar que outros benefícios os tratamentos em psicoterapia poderiam trazer aos pacientes, e não somente redução de sintomas depois que um transtorno já se encontra em curso. Dentro deste contexto, entendemos como de fundamental importância avaliar se há correlação entre aliança terapêutica e qualidade de vida no contexto de psicoterapia, já que a aliança terapêutica é um fator intrínseco a todas as técnicas psicoterápicas, e qualidade de vida é um conceito mais amplo de satisfação pessoal e está associado à saúde mental. Embora não possamos fazer inferências de causalidade por ser um estudo transversal, diante da literatura exposta previamente consideramos que a melhora na qualidade de vida é um desfecho esperado nas psicoterapias.

4. OBJETIVOS

Diante disto, os objetivos deste estudo são: 1) verificar se a aliança terapêutica está correlacionada com qualidade de vida em pacientes em psicoterapia (psicoterapia psicodinâmica, terapia interpessoal, terapia cognitivo comportamental); 2) avaliar se existe diferença na correlação AT e QV entre as diferentes modalidades de psicoterapia; e 3) analisar se a correlação AT e QV, sendo positiva e estatisticamente significativa, persiste após controle para fatores confundidores (idade, sexo, uso de psicofármacos e sintomas depressivos).

Este projeto adota como proposta avaliar pacientes adultos acompanhados no ambulatório de psicoterapias do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA pelo SUS (Sistema Único de Saúde), podendo seus resultados virem a ser utilizados para elucidar possíveis maneiras de incrementar os tratamentos e avaliações de desfecho em psicoterapia.

5. HIPÓTESES

Nossa hipótese é a de que existe correlação entre AT e QV nos tratamentos em psicoterapia, principalmente nos domínios psicológicos e sociais da escala de qualidade de vida. Acreditamos que esta correlação tende a ser maior na terapia psicodinâmica, pois esta se utiliza especificamente da análise da relação paciente-terapeuta como parte do seu processo terapêutico.

6. METODOLOGIA

6.1. Questão de pesquisa

Existe associação entre aliança terapêutica e qualidade de vida nos pacientes atendidos em psicoterapia? Esta associação é maior nos pacientes atendidos em psicoterapia psicanalítica?

6.2. Delineamento

Delineamento naturalístico transversal com uma amostra de pacientes adultos que estiveram em atendimento nos ambulatórios de psicoterapia do HCPA.

6.3. Amostra

Foram selecionados pacientes acima de 18 anos que estavam em tratamento psicoterapêutico individual em algumas das modalidades: psicoterapia psicanalítica, terapia cognitivo comportamental e terapia interpessoal, em ambulatório especializado para transtornos mentais pelo SUS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Foram incluídos nessa amostra somente aqueles pacientes que consentirem participação na pesquisa conforme aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

Foram excluídos pacientes com transtornos psicóticos (esquizofrenia, bipolares em estado maníaco) e com dependência química.

6.4. Coletas

Todos pacientes incluídos no ambulatório de psicoterapias do HCPA são avaliados por um médico residente do 4º ano (residência em psicoterapia) que determina a indicação da psicoterapia, sob supervisão de 2 supervisores. São oferecidas 3 modalidades de psicoterapia individual: psicanalítica, interpessoal, cognitivo-comportamental.

O atendimento psicoterápico é realizado pelos médicos residentes dos 2º, 3º e 4º anos da residência em Psiquiatria sob a supervisão semanal de entrevistas dialogadas dos professores supervisores do Serviço de Psiquiatria do HCPA. Os médicos residentes têm seminários semanais sobre cada uma das técnicas psicoterápicas oferecidas. Além disto,

tem seminários práticos semanais quando são entrevistados pacientes pelos professores com discussão dos aspectos clínicos relacionados aos casos.

6.5. Instrumentos de medida

Ficha de identificação: idade, sexo, situação conjugal, religião, ocupação, escolaridade, gravidez, orientação sexual, tipo de psicoterapia, etnia, uso de medicação psiquiátrica, tabagismo, hospitalizações psiquiátricas, tentativas de suicídio, histórico familiar de transtornos psiquiátricos, cidade onde mora, com quem vive. (ANEXO 2)

Beck Depression Inventory (BDI) e Beck Anxiety Inventory (BAI) (ANEXO 3 ANEXO 4):

São escalas auto-aplicáveis de intensidade de depressão (BDI) e ansiedade (BAI) desenvolvidas por Beck tem por objetivo avaliar índices de ansiedade, ideação suicida e depressão.

6.6. Aliança terapêutica

Escala CALPAS versão do paciente (CALPAS-P) (ANEXO 5): é a mais nova versão das escalas de alianças da Califórnia, desenvolvida a partir de versões anteriores das escalas com base em análises fatoriais e considerações teóricas (10). Existem as versões do paciente, terapeuta e do observador. Neste estudo utilizamos a versão do paciente da CALPAS (CALPAS-P). (10).

A CALPAS foi desenvolvida para medir quatro dimensões relativamente independentes da aliança: (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. Os 24 itens da CALPAS estão distribuídos nessas quatro escalas. Cada um dos itens da CALPAS-P recebe uma pontuação que varia de 1 (absolutamente não) a 7 (totalmente).

6.7. Qualidade de vida

WHOQOL-BREF (ANEXO 6): é um instrumento de qualidade de vida desenvolvido pela OMS, é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a *qualidade de vida geral*), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2),

o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS e MEIO AMBIENTE (65).

6.8. Análises estatísticas

Mesmo se tratando se um estudo transversal, teoricamente, consideramos a AT como fator em estudo e a QV como desfecho. As demais variáveis foram consideradas como potenciais confundidores.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, e as categóricas por frequências absolutas e relativas.

Para avaliar o efeito do score da CALPAS-P sobre os domínios da WHOQOL-BREF, o modelo linear generalizado foi aplicado. Para avaliar a associação entre estas variáveis o coeficiente de correlação de Pearson foi obtido.

Para controle de fatores confundidores, o modelo multivariado de regressão linear foi utilizado. O critério para entrada da variável no modelo foi de que a mesma apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada.

O nível de significância adotado foi de 5%, e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

7. ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto é parte de uma pesquisa maior chamado ‘Estudo longitudinal de pacientes atendidos em psicoterapias baseadas em evidência em um ambulatório especializado para transtornos mentais do SUS’. O mesmo já foi encaminhado e aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA), cujo Comitê de Ética é reconhecido pela CONEP, e está registrado no mesmo sob o número 15-0097. O mesmo encontra-se em fase de execução e coleta de dados.

8. RESULTADOS

Association between therapeutic alliance and quality of life in psychodynamic psychotherapy, cognitive behavior therapy and interpersonal therapy: the patient's perspective

Abstract:

Objectives: Therapeutic alliance (TA) is considered a common psychotherapeutic factor associated with positive results in all psychotherapy modalities. Evidence for its predictive capacity for specific mental disorder symptom improvement is robust; however, there are no studies relating the TA with quality of life (Qol). Our objective was to evaluate whether there is an association between TA and Qol across three different psychotherapies.

Methods: A cross-sectional study, which included outpatients who were undergoing individual psychotherapeutic treatment psychodynamic psychotherapy (PP), cognitive behavioral therapy (CBT), and interpersonal therapy, was conducted. Both TA and Qol were measured using two different scales.

Results: When including the total sample in the analysis, the correlation of the TA with Qol domains did not present statistical significance ($p < 0.05$). When considering only the sample of patients who were undergoing treatment in PP, there was a statistically significant association between the TA only for the psychological domain of Qol. When using a regression model for adjusting for confounding factors the association between psychological domain with the TA on the PP patients sample lost the significance ($p = 0.221$).

Conclusion: These findings that TA it seems to be more strongly related to better results in PP.

Keywords: psychotherapy, quality of life, therapeutic alliance, therapeutic relationship, outcome.

Introduction

Psychotherapies are important tools in the treatment of many mental disorders (1–3). A systematic review of 61 meta-analyses (852 clinical trials out of a total of 137,126 participants) that examined the effect of pharmacotherapy and psychotherapy for major psychiatric disorders showed that the effect sizes of psychotherapies tended to be higher (0.58; 95% confidence interval [CI] 0.40–0.76) than those of pharmacotherapy (0.40; 0.28–0.52).

Psychotherapy is a treatment method that uses psychological means to help patients modify their emotional, cognitive, and behavioral problems. It is performed in the context of an interpersonal relationship or a therapeutic relationship, to which evidence has indicated as relevant as other techniques used for the success of all psychotherapies. The therapeutic relationship depends on both the patient's and therapist's characteristics in order to establish and sustain such treatment. Some of these factors are known as non-specific factors, Roger's factors, or common factors and are determinants of the results of all therapies (4).

Among so-called non-specific factors, the therapeutic alliance (TA) has been the subject of much study with numerous instruments developed to analyze it. For decades, the TA has been one of the most studied factors that lead to the success of

psychotherapy (5), and today, there are more than 30 scales that have been created to measure TA in the psychotherapeutic context.

TA has been found to predict the outcome of a variety of different psychotherapies (6), and it has been described as “the quintessential integrative variable” in psychotherapy (7). TA research is welcome as an example of an area of research with direct relevance to psychotherapeutic practice (8). A positive TA has demonstrated increased retention in substance abuse treatment and improved treatment outcomes, regardless of the time of treatment (9,10). There are also studies that associate a TA with improved adherence to pharmacological treatment not only in psychiatric disorders (11), but also in other clinical comorbidities, such as acquired immune deficiency syndrome (AIDS), subarachnoid hemorrhage (SAH), and diabetes mellitus (DM) (12).

In a recent meta-analysis (5) conducted to evaluate TA and treatment outcomes, independent studies including more than 30,000 patients (published between 1978 and 2017) were included for face-to-face and Internet-based psychotherapy. The overall association of outcomes and TA for face-to-face psychotherapy was $r = .278$ (95% CI [0.256–0.299]; $p < .0001$, equivalent to $d = .579$). This effect size is for the third decimal place identical to that found in the 2011 meta-analysis ($r = 0.278$) (13). The overall effect size of 0.278 indicates that the alliance–result relationship accounts for about 8% of the variability in treatment results. The correlation for Internet-based psychotherapy was approximately the same ($r = .075$, $k = 23$).

These results confirm the robustness of the positive relationship between the TA and treatment outcomes. In this meta-analysis, the vast majority of included trials focused on depressive and anxious symptoms as an outcome. No study used scales that assessed quality of life (QoL) as a measure of outcome that was correlated to the TA. In addition, this study shows that there is a disproportionate collection of data from North

America (k 208), English-speaking countries (k 21), and European countries (k 65). No study from Brazil or other South American countries was included.

In our cultural context, a Brazilian study conducted by Marcolino (14) evaluated the impact of TA on a brief psychodynamic psychotherapy program, considering it to be a central concept in the therapeutic process of this model of psychotherapy. The results showed greater symptom reduction in patients who had higher scores in the ability to perceive the therapist as able to understand their point of view and their suffering (15).

Evidence that associates TA as a predictor of symptomatic improvement (mainly depressive and anxious symptoms) in psychotherapy treatments are already reasonably broad, but there are no studies associating TA as a predictor of improvement in patients' QoL as the outcome. This association seems of particular importance since many patients seek psychiatric/psychotherapeutic care, not only to reduce symptoms, but also to improve their satisfaction with their personal life in general (work, family, affective)

Given that in recent decades health policies have focused on disease prevention and health promotion, it seems plausible to evaluate what other benefits treatments in psychotherapy could bring to patients in addition to reducing symptoms after a disorder is already in progress.

In addition, there is evidence that psychiatric disorders, such as depression, have a considerable and widespread impact on a patient's life, not just on the symptomatology of the disease. A study conducted by Fleck (16) showed that the intensity of depressive symptoms is inversely related to various subjective indicators of well-being and health. This study showed that patients with depressive symptoms had more physical and psychological impairment and rated their quality of life as worse

(measured by two World Health Organization Quality of Life assessment tools [WHOQOL-BREF] generic quality of life issues).

Also, the positive dimension of mental health is emphasized in the WHO definition of health contained in its constitution: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being, not merely the absence of disease or illness” (17).

In view of this definition, the objectives of this study consisted of three parameters: 1) to verify if the TA correlates with QoL life in patients undergoing three psychotherapy modalities (psychodynamic psychotherapy [PP], cognitive behavioral therapy [CBT], and interpersonal therapy [IPT]); 2) to evaluate if there is a difference in the TA and QoL correlation between these three different modalities of psychotherapy; and 3) to analyze if the correlation between TA and QoL, if positive and statistically significant, persists after controlling for confounding factors (gender, age, depressive symptoms, number of sessions, psychiatric medication use, previous suicide attempts, and previous psychiatric hospitalization).

Our first hypothesis postulates that there is an association between TA and QoL in treatments in the three different modalities of psychotherapy. Also, we hypothesize that this association will be greater in PP since the patient-therapist relationship is specifically analyzed in treatment sessions as part of its therapeutic process.

Methods

The patient's perspective was the main focus of this study. A cross-sectional study, which included outpatients who were undergoing individual psychotherapeutic treatment in some of the modalities, including PP, CBT, and IPT, were selected in a specialized public outpatient clinic for mental disorders located in a tertiary hospital. Only those patients who agreed to participate in the study according to the application of the informed consent terms were included in this sample. Patients with psychotic

disorders (schizophrenia, bipolar in the manic state) and drug addiction were excluded. Seventy-one patients (71) who underwent psychotherapy (PP, IPT, and CBT) were evaluated at the psychiatric clinic of the HCPA and included in the study.

Patient selection: All patients who are included in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) psychotherapy outpatient clinic undergo an evaluation by a senior psychiatry resident (psychotherapy residency), who determines the indication of psychotherapy under supervision of a psychotherapy senior supervisor. Three modalities of individual psychotherapy are offered (PP, IPT, or CBT). Psychotherapeutic care is carried out by the psychiatry resident of the 2nd, 3rd, and 4th years of the residency in psychiatry under the weekly supervision of dialogued interviews of the supervisors of the Psychiatric Service. Psychiatry residents have weekly seminars on each of the offered psychotherapeutic techniques. In addition, there are weekly practical seminars when patients are interviewed by teachers that include discussions of the clinical aspects related to the cases.

Measures: Clinical and sociodemographic variables included age, sex, religion, marital status, ethnicity, education degree, psychiatric medication use, smoking, previous psychiatric hospitalizations, previous suicide attempts, family history of psychiatric disorders, the city in which the patient lives, and with whom the patient lives.

Psychiatric profile included patient diagnosis, use of psychiatric medication, number of therapy sessions, and psychotherapy modality.

Symptoms of anxiety and depression were measured by Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI); these tools are self- depression (BDI) and anxiety (BAI), respectively, developed by Beck with the aim of evaluating anxiety, suicidal ideas, and depression indices.

Therapeutic Alliance was measured with the Scale Patient Version (CALPAS-P). CALPAS is the newest version of the California alliance scales, based on former versions of the scales (18) using factor-analyses and theoretical considerations (19,20). Both patient, therapist, and later versions of the scales exist. In this study, we used the patient version of CALPAS (CALPAS-P). CALPAS was developed to measure four relatively independent dimensions of the alliance: (1) therapeutic alliance; (2) alliance of work; (3) understanding and involvement of the therapist; and (4) agreement between the patient and the therapist in relation to goals and strategies. The 24 items of CALPAS are distributed on these four scales. Each of the CALPAS-P items receives a score ranging from 1 (absolutely no) to 7 (totally).

Quality of life was measured using the WHOQOL-BREF, a quality-of-life instrument developed by the World Health Organization. This measure consists of 26 questions (questions 1 and 2 about general quality of life), and the answers follow a Likert scale (from 1 to 5, the higher the better the quality of life). Apart from these two questions (1 and 2), the instrument has 24 facets which comprise four domains: (1) physical; (2) psychological; (3) social relations; and (4) environment (21).

With respect to ethical aspects, this project is part of a larger research study. The projects has already been forwarded and approved by the Group of Research and Graduate Studies of the Hospital of Clinics of Porto Alegre (GPPG-HCPA), whose Ethics Committee is recognized by CONEP (National Research Ethics Committee) and is registered under the same number ,15-0097 (22). This is study is part of a broader project called: “Longitudinal Investigation of Psychotherapies Outcomes: LIPO study” whose research protocol is published elsewhere.

Statistical Analysis

Even though this was a transversal study, theoretically we considered TA as a factor under study and QoL as the outcome. The other variables were considered as aspects and potential confounders.

Quantitative variables were described as means and standard deviations, and categorical variables as absolute and relative frequencies. Differences between demographic and psychiatric profile means in different types of therapies were calculated by Fisher's exact test and analysis of variance (ANOVA).

In order to evaluate the effect of the score on QoL domains, a generalized linear model was applied. In order to evaluate the association between these variables the Pearson correlation coefficient was obtained. For control of confounding factors (number of sessions, depressive symptoms, gender, age, psychiatric medication use, previous hospitalization and previous suicide attempt), a multivariate linear regression model was used. The criterion for entering the variable in the model was a p value < 0.20 in the bivariate analysis. The significance level was set a 5%, and the analyses were performed in the SPSS program version 21.0.

Results

The composition of the sample (n=71) was characterized. With respect to gender, 55 were women (77.5%), mean age was 45 (SD = 12), 40 were married (56.3%), and most were Caucasian (85.9%). As for schooling, 36% of the sample had high school educations followed by 18% with complete university degrees and 15% with incomplete university degrees. With respect to patient distribution by therapy type, there were more patients who underwent PP (n= 44 [61.9%]) followed by CBT (n= 15 [21.1%]), and IPT (n=12 [16.9%]). PP sampling has an average of 27 sessions per patient, while IPT consisted of had five sessions, and CBT had 11 sessions per patient at

the time of evaluation. There was a statistically significant difference in mean age of patients between PP and IPT, in which IPT patients were older on average. There were also differences in the mean number of sessions between PP and CBT and also between PP and IPT. There was no difference between therapies with respect to other factors.

Table 1 – Sample Demographic data

	Total (n=71)	PP (n=44)	IPT (n=15)	CBT (n=12)	Fisher's (PPxIPTxCBT)
Age (mean)	45	43	53	46	0,024* (PP and IPT)
Gender (% female)	77,5%	75%	83%	80%	0.0923
Ethnicity (% caucasian)	85,9%	84%	83%	93%	0.0938
Marital status (% married)	56%	54%	58%	60%	0.0705
School degree:					
Elementary shcool	36%	23%	33%	27%	
High school	15%	52%	58%	47%	0.075
College	18%	25%	9%	26%	
Mean Therapy Sessions	20	27	5	11	0.000* (PP and IPT)

					0.003** (CBT and PP)
--	--	--	--	--	---------------------------------------

M= mean, **SD**= standar deviation, **n**= number, **PP**= psychodynamic psychotherapy, **CBT**= cognitive behavior therapy, **IPT**= Interpesonal therapy. * difference between PP and IPT sample; ** difference between CBT and PP sample

Regarding the psychiatric profile of the patients, 19 (26.8%) had already been hospitalized in a psychiatric unit, 27 (38%) had previously attempted suicide, and 64 (90%) were using some form of psychiatric medication. As for the diagnosis of patients (reviewed in medical records), most (50.7%) had been diagnosed with depression followed by anxiety (18.3%) and bipolar mood disorder (12.7%). Attention is drawn to the severity of the depressive and anxious symptoms of the sample with mean BDI score of 30 (severe depression) and 25 on the BAI scale (moderate anxiety). There was a statistically significant difference between the diagnostic frequencies by type of therapy, such as in IPT, in which there was a higher number of patients diagnosed with depression compared with PP, and in CBT, in which there was a higher number of patients diagnosed with anxiety when compared with PP and IPT. There was no difference between therapies with respect to the other factors (table 2).

Table 2 – Sample Psychiatric Profile

	Total (n=71)	PP (n=44)	IPT (n=15)	CBT (n=12)	Diff. Sign (PPxIPTxCBT)
Diagnosis (%)					

Depression	51%	39%	83%	47%	0.039^{1*} (diff IPT and PP in depression, and diff between CBT and PP and IPT in anxiety)	
Anxiety	18%	14%	-	40%		
Bipolar disorder	13%	18%	8%			
Personality disorder	7%	9%	-	-		
PTSD	1%	4%	-	-		
OCD	1%	3%	-	-		
Eating disorder	2%	-	-	12%		
N.D.	7%	14%	8%	-		
Suicide attmpt	38%	45%	50%	21%		0.263 ¹
Previous psychiatric hospitalization	26,8%	30%	25%	20%		0.084 ¹
Pharmacological treatment	90%	90%	91%	93%	1.000 ¹	
BDI (mean)	30	30	31	28	0.734 ²	

BAI (mean)	25	23	33	25	0.053 ²
------------	----	----	----	----	--------------------

M= mean, **SD**= standard deviation, **n**= number, **BDI**= Beck depression inventory, **BAI**= Beck anxiety

inventory. * Difference between IPT and PP regarding depression diagnosis, and difference between CBT and PP & CBT regarding anxiety diagnose. ¹ Fisher exact test; ² ANOVA.

Association of Therapeutic Alliance and Quality of Life:

When including the total sample in the analysis, the association of the TA (CALPAS-P scale) with the QoL (WHOQOL-BREF domains) did not present a statistically significant difference ($p < 0.05$). The association of TA with the QoL physical domain was $b = 1.90$ (-2.66 – 6.46 ; $p = 0.414$), with the QoL psychological domain, it was $b = 4.25$ (-1.29 – 9.80 ; $p = 0.133$), with the QoL social domain, it was $b = 2.42$ (-3.11 – 7.95 ; $p = 0.391$), and the QoL environmental domain, it was $b = 2.45$ (-2.38 – 7.29 ; $p = 0.320$). In the overall item, which refers to the first two WHOQOL-BREF questions concerning the way in which the patient evaluates their QoL in a generic way, the correlation value was $b = -0.18$ (-5.58 – 5.21 ; $p = 0.947$) (Table 3).

Table 2 - Association of TA (CALPAS-p score) with QoL (WHOQOL-BREF domains) in the total sample (n=71) and by the psychotherapy method

	Total (n=71)	PP (n=44)	IPT (n=15)	CBT (n=12)
	B	B	B	B
Psychological	1.90 (p=0.414)	7.69 (p=0.046)	-.67 (p=0.832)	5.97 (p=0.579)
Physics	4.25 (p=0.133)	1.94 (p=0.579)	1.29 (p=0.626)	.68 (p=0.946)
Social	2.42 (p=0.391)	2.53 (p=0.555)	-3.74 (p=0.171)	1.294 (p=0.917)

Enviromental	2.45 (p=0.320)	1.749 (p=0.589)	-2.485 (p=0.297)	8.765 (p=0.369)
Overall	-.18(p=0.947)	.955 (p=.851)	.923 (p=.732)	.110 (p=.994)

CALPAS: California Psychotherapy Alliance Scale; **WHOQOL**: World Health Organization Quality of Life;

BREF: shorter version

Table 4 – Confounding factors influence in PP patients, on association between the WHOQOL psychological domain and TA

	Gender	Pharmac. treatment	Suicidal attempt	BDI	Number of sessions	Previous Hosp.	Age	b (CI95%)
	B (p)	B (p)	B (p)	B (p)	B(p)	B (p)	B (p)	
PP	12.912 (0.023)	15.830 (0.075)	-12.518 (0.023)	-1.296 (0.000)	-.013 (0.862)	4.770 (0.410)	.187 (0.450)	2,62 (-1.58 to 6.83) p= 0.221

When considering the therapies separately, there was a statistically significant in the association between TA and the QoL psychological domain in patients undergoing PP ($b = 7.943$ (0.14 –15.74; $p = 0.046$), but there were no significant differences when compared with the other QoL domains in the PP sample or in therapies in all domains (Table 4). The Pearson's correlation coefficient between AT and the QoL psychological domain was 0.287.

When the regression for the confounding factors, as such depressive symptoms (BDI score), number of sessions, age, gender, psychiatric medication use, previous suicide attempts, and previous psychiatric hospitalization, the association of

the psychic domain with the TA in the PP patients lost significance ($b = 2.62 [-1.58-6.83]$; $p = 0.221$). The confounding factors that significantly influenced this association were gender ($b = 12.912$; $p = 0.023$), previous suicide attempts ($b = -12.518$; $p = 0.023$), and BDI ($b = -1.296$; $p = 0.000$) (Table 4).

The TA (CALPAS-P mean score) varied between therapies with 5.56 for PP, 5.98 for CBT, and 4.95 for IPT. There was no statistically significant difference among these means.

Discussion

To our knowledge, the literature review indicates that this is first study to evaluate the association between TA and QoL when the three modalities of psychotherapy (PP, IPT, CBT) were analyzed together. No association was found in total sample for any WHOQOL domain. The association in the psychological and social domains was expected since those patients are supposed to be more susceptible to change after mental health treatment. It would be plausible to expect higher TA indices in those patients who present higher scores in these domains (psychological and social) of the WHOQOL-BREF. According to Lubowrsky (23), a patient's mental health is correlated with his or her ability to form an alliance, which suggests that the capacity to form an alliance is partly a quality that the patient brings to his/her treatment.

Also, this is the first study to show that there is a positive and statistically significant association in the psychological domain of the QoL measure (WHOQOL-BREF) with TA in patients undergoing PP. This finding corroborates some theoretical assumptions because as Batista (24) points out, the relationship itself is one of the most important factors in all of the psychotherapy forms (25) and is considered many times in the success of the psychotherapeutic process, yet as part of the psychoanalytic model, it is assumed that the therapeutic relationship has a much higher impact because of its

main focus as a part of the therapeutic model itself. It is within the therapeutic relationship that an unconscious communication is established and developed, and on this level, changes happen during the psychotherapeutic process.

In addition to the PP techniques, when the technique is based more on the therapist–patient relationship as a therapeutic process, another possible reason for the difference in the PP sample compared to the CBT/IPT sample is the characteristic of the scale used, considering that CALPAS scales are influenced by both traditional psychoanalytic concepts of the alliance and the subsequent work of Bordin (26). In 1979, Bordin (27), established a more operational definition of work alliance, consisting of goal and task agreements and patient–therapist bond development. According to this author, these characteristics are central to all psychotherapies but may develop differently in different forms of therapy (8).

Another reason for the difference between therapies may be the fact that CBT directs its efforts towards the direct reduction of symptoms; its assumption is that therapy must instrumentalize the patient to deal with his difficulties in the absence of the therapist (4). Therefore, similar to IPT, this modality of psychotherapy does not have a prerequisite to analyze and treat dysfunctional patient relationship patterns that emerge throughout the treatment in patients' relationships with their therapists.

The association between the QoL in the psychological domain with TA in PP patients loses significance after controlling for depressive symptoms, age, number of sessions, gender, psychiatric medication use, previous psychiatric-related hospitalizations, and previous suicide attempts. This finding can be explained partially by the contribution in which psychiatric medication use can exert symptomatic improvement (3) and consequently interfere with positive domains in the QoL and possibly in the formation of TA; as Lubowrsky stated (23), those patients who are

healthier are able to form an alliance. Depressive symptoms are directly associated with worse/worsening QoL (16,28), so they are a clear confounding factor in assessing the association. Therefore, patients with higher depression scores will have greater difficulty in developing TA and engaging in treatment. Also, depression may affect the way in which they evaluate their own QoL and underestimate possible improvements. As seen in Table 4, female gender and previous suicide attempts may also interfere with the studied association. Regarding gender, some studies have indicated that female patients tend to derive more benefit from therapy than male patients. Others have found that patients of both genders benefited more from treatment when treatment was provided by female therapists. Much of the evidence, however, suggests that the association between patient or therapist gender and treatment outcome is weak (29).

Also, there is some evidence suggesting that gender might mediate the way in which people perceive their QoL under chronic conditions, and compared to male patients, female patients have more depressive symptoms and poorer scores in the psychological QoL domain (30). In this sample, whether patients have chronic health conditions was not evaluated; however, the total patient sample (Table 2) shows that this sample population had very high depressive and anxious symptoms on average, which may affect the perception of QoL mainly in females. In addition, a study by Bonsaksen (31) exploring gender differences in QoL shows that depression mediates the decrease in QoL of female psychiatric patients. Together, these factors seem to have influenced the results of the present study.

A history of previous suicide attempts was a confounding factor in the association between TA and QoL. Some studies have shown that patients with previous suicide attempts have lower TA scores in the first treatment session, but this score increases until the third session (32). There is also evidence that those who attempt

suicide tend to be less bound to treatment and consequently have a higher drop-out rate (33). The characteristics of this specific population may have influenced our study results.

Curiously, the Pearson's correlation value found in this study in the PP sample in the QoL psychological domain ($r = 0.287$) was very close to the value found in a meta-analysis evaluating TA and positive outcome in psychotherapy ($r = 0.27$) (5). However, unlike the studies included in the meta-analysis, our sample was only cross-sectional, and already in the meta-analyses, the studies were longitudinal, and TA was studied as a possible predictor of improvement.

Our study presents some aspects that give greater robustness to the findings. Its naturalistic design provides elements of the real world (34), mainly in the context of clinical practice, such as the heterogeneous sample of patients (various diagnoses in the sample), concomitant use of medications, and inclusion of different modalities of psychotherapy make the findings of this study of particular importance. Another differential of our study was the use of WHOQOL as an outcome in psychotherapy; as we can see from recent meta-analyses, studies in psychotherapy are still very focused on symptom reduction as a response to treatment, and we understand that the concept of QoL adds a more comprehensive and humanistic view of the patient.

Another factor that strengthens the study is the use of the TA scale in the patient's version (CALPAS-P). This patient perspective is in line with the concept of the "QoL" outcome. According to WHO, this concept is: "Quality of life is defined as the perception of individuals about their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (17).

Limitations

This study presents the limitation in its transversal design, so it is not appropriate to draw conclusions about causality in the relationship between TA and QoL. The unique measure of the TA also has limitations because according to Horvath (6), there is some support for the view that the alliance is not a steady state or linear phenomenon. Such regular variations in alliance levels were observed in a small-scale study. In contrast to a clinicians' integration of information across therapy, most research studies typically only use a limited sample of therapy sessions. If the alliance varies to a certain degree from session to session, sampling a single session (or even two) may provide a relatively unreliable assessment of the general status of the alliance across the entire treatment and therefore may yield results inconsistent with a clinical view of a particular therapy patient that takes into account information across all sessions (35).

Another important limitation of our study is the fact that we do not have a homogeneous sample of patients across several aspects, such as the timing of TA measurement, which was performed at different stages of therapy with some patients entering the study early in psychotherapy and others during more advanced stages. According to Flückiger, the relationship between alliance and outcome is higher when the alliance is measured later in therapy in comparison to the early alliance assessment (and the other alliance assessments in between these two values) (5).

In addition, the study also does not present homogeneity in the representativeness of the types of therapy, with the PP presenting more participants (44) than the CBT and IPT (27 adding the two), which makes the comparison between the therapies inaccurate. Another piece of data that undermines the comparison between therapies is the number of sessions performed at the time of evaluation; PP sampling

has an average of 27 sessions per patient, while in the IPT and CBT sampling, there is an average of 9.5 sessions per patient at the time of evaluation.

Another factor that may affect our evaluation of the data collected is the psychiatric profile of the patients with a very high BDI average of 30 points, indicating patients with severe depressive symptoms. The provision of a caring and empathic therapeutic relationship that facilitates a strong alliance may be especially important within the context of a disorder such as depression often characterized by disconnection from other people, loneliness, and low self-esteem (35). Thus, generalizability of the current findings to various outpatient populations is uncertain.

Clinical Implications

This study corroborates the philosophy that psychoanalytic theory has preached for over a century, emphasizing the importance of the therapeutic relationship in this therapeutic technique. Clearly, it is important for therapists to promote psychodynamic treatment not only in the technical aspects of their training but also to be aware of what happens at the time of the session in their relationship with the patient. This is not to say that therapists should not focus on improving techniques but to emphasize that the development and maintenance of the therapeutic relationship is a primary curative component of therapy and that the relationship provides the context in which specific techniques exert their influence (36).

Future Perspectives

In the future, research designs are needed that can test the causal impact of the alliance along with further process variables in psychotherapy outcomes using prospective designs. More research is needed in culturally specific samples both inside and outside Western countries. More research is also needed in which the boundary conditions of the alliance measures and their interaction to interpersonal and general process indicators, such as empathy, the real relationship, and corrective experiences is examined (5).

Conclusion

This study shows that during an analyzes of the total sample, which covers the three types of psychotherapies, there is no association between TA and QoL. However, when only patients in PP are analyzed, there is a possible association between the TA instrument and the psychological QoL domain, but this association disappears when adjusted for others confounding factors. These findings corroborate the fact that although it is considered a nonspecific factor of any kind of psychotherapy, it seems to be more strongly related to better results in psychodynamic psychotherapies, but that these results are influenced by other factors such as depressive symptoms, gender, number of sessions, age, use of psychiatric medication, previous suicide attempts, and previous psychiatric hospitalizations.

References:

1. Correll CU, Carbon M. Efficacy of pharmacologic and psychotherapeutic interventions in psychiatry: To talk or to prescribe: Is that the question? *JAMA Psychiatry*. 2014;
2. Cuijpers P. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of

- Mild to Moderate Major Depression? *JAMA Psychiatry*. 2014;
3. M. H, M. T, L.M. S, W. K, H. F, G. P-W, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*. 2014;
 4. Alcântara I, Silva K, Pizutti LT. A relação terapêutica e a aliança de trabalho nos principais modelos de psicoterapia. In: Cordioli AV, Grevet EH, editors. *Psicoterapias abordagens atuais*. 4th ed. Porto Alegre: artmed; 2019.
 5. Flückiger C, Del AC, Wampold BE, Horvath AO. The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. 2018;
 6. Horvath AO, Symonds BD. Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *J Couns Psychol*. 1991;
 7. Wolfe BE, Goldfried MR. Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *J Consult Clin Psychol*. 2005;
 8. HOUGAARD E. The therapeutic alliance—A conceptual analysis. *Scand J Psychol*. 1994;
 9. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, McLellan AT, Woody G. Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. *NIDA Res Monogr*. 1997;
 10. Joe GW, Simpson DD, Dansereau DF, Rowan-Szal GA. Relationships Between Counseling Rapport and Drug Abuse Treatment Outcomes. *Psychiatr Serv*. 2002;
 11. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, et

- al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*. 2012;
12. Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns*. 2007;
 13. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011;
 14. Marcolino JAM, Iacoponi E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;
 15. Gomes FG. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: Claudio Laks Eizirik, Aguiar RW, Schestatsky SS, editors. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2nd ed. Porto Alegre: artmed; 2008.
 16. Fleck MP de A, Barros da Silva Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;
 17. world health organization [Internet]. Available from:
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
 18. Marmar CR, Horowitz MJ, Weiss DS, Marziali E, Greenberg LS, Pincus WM. The development of the Therapeutic Alliance Rating System. In: *The psychotherapeutic process A research handbook*. 1986.
 19. Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*. 1990;

20. Marmar CR, Gaston L, Gallagher D, Thompson LW. Alliance and outcome in late-life depression. *J Nerv Ment Dis.* 1989;
21. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saude publica.* 2000;
22. Gonçalves L, Barbisan GK, Rebouças CDAV, Da Rocha NS. Longitudinal investigation of psychotherapy outcomes (LIPO): Description of the study protocol. *Front Psychiatry.* 2019;
23. Luborsky L. Therapeutic Alliances As Predictors Of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining The Predictive Success. *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice.* 1994.
24. Batista LC, Senra H, Olveira RA. The therapeutic relationship in psychoanalytic psychotherapy. The experience lived by former patients. *Brazilian J Psychother.* 2014;16(3):1–15.
25. Gabbard GO. Long-term psychodynamic psychotherapy. 2nd ed. london, England: American Psychiatric Publishing, Inc; 2010.
26. Gaston L, Ring JM. Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *J Psychother Pract Res.* 1992;
27. Arbor A, Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory, Res Pract.* 1979;
28. Rocha NS da, Fleck MP de A. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Brazilian J Psychiatry.*

- 2010;32(2):119–24.
29. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M. Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res.* 2001;
 30. Da Rocha NS, Schuch FB, De Almeida Fleck MP. Gender differences in perception of quality of life in adults with and without chronic health conditions: The role of depressive symptoms. *J Health Psychol.* 2014;
 31. Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scand J Psychol.* 2012;
 32. Gysin-Maillart AC, Soravia LM, Gemperli A, Michel K. Suicide Ideation Is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Arch Suicide Res.* 2017;
 33. Crawford MJ, Turnbull G, Wessely S. Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff - An intervention study. *Emerg Med J.* 1998;
 34. Kim HS, Lee S, Kim JH. Real-world evidence versus randomized controlled trial: Clinical research based on electronic medical records. *J Korean Med Sci.* 2018;
 35. Martin DJ, Garske JP, Katherine Davis M. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;
 36. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy.* 2001.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O volume acumulado de pesquisas sobre a aliança é impressionante. Está certamente entre os corpos mais ricos de pesquisa empírica sobre o resultado do processo de psicoterapia (12). Desde os primeiros esforços para desenvolver medidas operacionais da aliança, ela foi vista como apenas um dos componentes de um padrão de relacionamento mais amplo que acabou sendo reconhecido como sendo a transferência. Dentro do conceito psicanalítico, a aliança serve ao paciente como um "objeto de transição" - uma pessoa prestativa de apoio que é experiente como tendo fornecido e é capaz de fornecer a ajuda necessária para alcançar os objetivos do paciente (38).

A aliança, portanto, é apenas uma instância de uma categoria mais ampla de qualidades de relacionamento, todas elas associadas positivamente aos resultados. A aliança positiva é um fator curativo essencial que explica em parte o crescimento que ocorre dentro do ambiente de tratamento. A contribuição do paciente para o relacionamento pessoal corresponde à transferência positiva inquestionável de Freud. É amplamente reconhecido na psicanálise que a qualidade das relações objetais do paciente é um fator de importância primordial na psicoterapia psicanalítica (10). O que as evidências mostram hoje, é que a AT é um fator importante para o sucesso terapêutico, seja na psiquiatria/psicologia ou em outras áreas da saúde.

Apesar de AT ser um conceito hoje ampliado e estudado em todas as técnicas em psicoterapia, inclusive havendo evidências de ser um fator essencial para outras relações terapêuticas fora da área da psiquiatria/psicologia, sabe-se que a idéia de trabalhar diretamente aquilo que acontece na relação paciente-terapeuta é um conceito original da psicanálise, e transportado para a psicoterapia psicanalítica.

A dupla terapeuta-paciente tem papel central para o desenvolvimento do processo psicoterapêutico / psicanalítico. Por meio da interação entre a intersubjetividade de ambos, esse processo representa um papel extremamente importante da mudança no modelo relacional dos pacientes (6). Além disso, os pacientes usam essa díade para melhorar sua consciência e explorar a si mesmos e fortalecer seu ego. Para isso, tornou-se importante o estudo do relacionamento terapêutico ao se estudar um processo terapêutico. A relação que é gerada e desenvolvida durante este processo (66).

A importância da relação, que já era apontada por Freud, foi sendo melhor elaborada ao longo dos anos, e na medida que novas técnicas de psicoterapia surgiram foram incorporando este conceito, porém não utilizando-o como pedra fundamental no seu processo terapêutico como o faz a PP. Hougaard (10) afirma que é amplamente reconhecido na psicanálise que a qualidade das relações objetais do paciente é um fator de importância primordial na psicoterapia psicanalítica.

Assim, de acordo com Strupp (17), dada a atmosfera “média esperada” criada pelo terapeuta, os principais determinantes do resultado terapêutico são rastreáveis à capacidade do paciente para a relação humana. Na terapia psicanalítica, a capacidade de trabalho implica, entre outras coisas, a capacidade de refletir sobre o significado psicológico dos problemas e o envolvimento emocional na busca de insight (9).

Quando o desfecho de melhora em psicoterapia se trata de um instrumento que avalia especificamente os sintomas de um determinado transtorno, o impacto da AT na PP pode se igualar às demais psicoterapias, no entanto quando avaliamos um desfecho mais abrangente em saúde mental, como qualidade de vida, este impacto fica mais evidente.

Cada escola psicoterapêutica tem seus postulados originais, sua maneira de entender o ser humano, seus procedimentos técnicos e a pesquisa que os embasa. No entanto, além desses pressupostos teóricos, o fator humano de respeito e consideração com cada paciente é fundamental para o desfecho de qualquer psicoterapia (34).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*. 2014.
2. Cuijpers P. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Mild to Moderate Major Depression? *JAMA Psychiatry*. 2014.
3. Kaplan RM. Freud's excellent adventure down under: The only publication in Australia by the founder of psychoanalysis. *Australasian Psychiatry*. 2010.
4. 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. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2010.
5. Tichenor V, Hill CE. A comparison of six measures of working alliance. *Psychother Theory, Res Pract Train*. 2007.
6. Friedman L, Samberg E. Richard Sterba's (1934) "The fate of the ego in analytic therapy." *J Am Psychoanal Assoc*. 1994.
7. Greenson R.R. The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanal Q*. 34:155–181.
8. Zetzel ER. Current concept of transference. *Int J Psychoanal*. 1956.
9. Arbor A, Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory, Res Pract*. 1979.
10. HOUGAARD E. The therapeutic alliance—A conceptual analysis. *Scand J Psychol*. 1994.
11. Marcolino JAM, Iacoponi E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. [California Psychotherapy Alliance Scale as the patient version.]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001.
12. Flückiger C, Del AC, Wampold BE, Horvath AO. The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. 2018.
13. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2000.
14. Frieswyk SH, Allen JG, Colson DB, Coyne L, Gabbard GO, Horwitz L, et al. Therapeutic Alliance. Its Place as a Process and Outcome Variable in Dynamic Psychotherapy Research. *J Consult Clin Psychol*. 1986.
15. Barrett-Lennard GT. Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychol Monogr Gen Appl*. 2011.
16. Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *J Consult Clin Psychol*. 1978.

17. O'Malley SS, Suh CS, Strupp HH. The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *J Consult Clin Psychol.* 1983.
18. Alexander LB, Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales. In: Greenberg LS, Pinsof WM, editors. *The Psuchotherapeutic Process: A Research Handbook.* New York: Guilford; 1986. p. 325–266.
19. Horvath AO, Greenberg LS. The development of the Working Alliance Inventory. In: L S Greenberg & W M Pinsof (Eds), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp 527–556) New York: Guilford. 1986.
20. Marziali E, Marmar C, Krupnick J. Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *Am J Psychiatry.* 1981.
21. Marziali E. Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *J Nerv Ment Dis.* 1984.
22. Marmar CR, Horowitz MJ, Weiss DS, Marziali E, Greenberg LS, Pinsof WM. The development of the Therapeutic Alliance Rating System. In: *The psychotherapeutic process A research handbook.* 1986.
23. Marmar CR, Gaston L, Gallagher D, Thompson LW. Alliance and outcome in late-life depression. *J Nerv Ment Dis.* 1989.
24. Horvath AO, Symonds BD. Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *J Couns Psychol.* 1991.
25. Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy.* 1990.
26. Gaston L. Reliability and Criterion-Related Validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. *Psychol Assess.* 1991.
27. World Health Organization [Internet]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
28. Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cien Saude Colet.* 2005.
29. Fallowfield L. *The quality of life: The missing measurement in health care.* london, England: souvenir press; 1990.
30. Sartorius N, Kuyken W. Translation of Health Status Instruments. In: *Quality of Life Assessment: International Perspectives.* 2011.
31. Harper A. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic veriosn pf the assessment. Geneva, Switzerland; 1996.
32. Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry.* 2017.

33. Correll CU, Carbon M. Efficacy of pharmacologic and psychotherapeutic interventions in psychiatry: To talk or to prescribe: Is that the question? *JAMA Psychiatry*. 2014.
34. Alcântara I, Silva K, Pizutti LT. A relação terapêutica e a aliança de trabalho nos principais modelos de psicoterapia. In: Cordioli AV, Grevet EH, editors. *Psicoterapias abordagens atuais*. 4th ed. Porto Alegre: artmed; 2019.
35. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015.
36. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy*. 2001.
37. Wolfe BE, Goldfried MR. Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *J Consult Clin Psychol*. 2005.
38. Luborsky L. Therapeutic Alliances As Predictors Of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining The Predictive Success. *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. 1994.
39. Freud S. The future of an illusion, civilization and its discontents, and other works. In: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, England: Hogarth Press; p. 5–58.
40. Freud S. The dynamics of transference: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. In: *The dynamics of transference The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. 1912.
41. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 2005.
42. Gelso CJ, Carter JA. *The Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences, and Theoretical Antecedents*. *Couns Psychol*. 1985.
43. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*. 2011.
44. Gomes FG. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: Claudio Laks Eizirik, Aguiar RW, Schestatsky SS, editors. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2nd ed. Porto Alegre: artmed; 2008.
45. Barber JP, Zilcha-Mano S, Gallop R, Barrett M, McCarthy KS, Dinger U. The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychother Res*. 2014.
46. Zeber JE, Copeland LA, Good CB, Fine MJ, Bauer MS, Kilbourne AM. Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2008.
47. Montreuil TC, Cassidy CM, Rabinovitch M, Pawliuk N, Schmitz N, Joobor R, et

- al. Case manager-and patient-rated alliance as a predictor of medication adherence in first-episode psychosis. *J Clin Psychopharmacol*. 2012.
48. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Hamilton J, Ring-Kurtz S, Gallop R. The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *J Consult Clin Psychol*. 2011.
 49. Booth R, Thompson L. Developing the Therapeutic Alliance as a Bridge to Treatment. *CtndisseminationlibraryOrg*. 2008.
 50. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, McLellan AT, Woody G. Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. *NIDA Res Monogr*. 1997.
 51. Joe GW, Simpson DD, Dansereau DF, Rowan-Szal GA. Relationships Between Counseling Rapport and Drug Abuse Treatment Outcomes. *Psychiatr Serv*. 2002.
 52. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*. 2012.
 53. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns*. 2007.
 54. Arnow BA, Steidtmann D, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Klein DN, et al. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *J Consult Clin Psychol*. 2013.
 55. Marcolino JAM, Iacoponi E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003.
 56. Machado D de B, Teche SP, Lapolli C, Tavares BF, Almeida LSP de, Silva GB da, et al. Countertransference and therapeutic alliance in the early stage of adult psychodynamic psychotherapy TT - Contratransferência e aliança terapêutica no início da psicoterapia psicodinâmica de adultos. *Trends psychiatry psychother (Impr)*. 2015.
 57. Horvath AO, Bedi RP. The alliance. [References]. In: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. 2002.
 58. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011.
 59. Coleman D. Client Personality, Working Alliance and Outcome. *Soc Work Ment Health*. 2006.
 60. Lecomte T, Laferrière-Simard MC, Leclerc C. What does the alliance predict in group interventions for early psychosis? *J Contemp Psychother*. 2012.
 61. Watson JC, McMullen EJ, Prosser MC, Bedard DL. An examination of the relationships among clients' affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychother Res*. 2011.

62. Patterson CL, Anderson T, Wei C. Clients' pretreatment role expectations, the therapeutic alliance, and clinical outcomes in outpatient therapy. *J Clin Psychol.* 2014.
63. Sauer EM, Anderson MZ, Gormley B, Richmond CJ, Preacco L. Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychother Res.* 2010.
64. Fleck MP de A, Lima AFB da S, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saude Publica.* 2002.
65. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saude publica.* 2000.
66. Batista LC, Senra H, Oliveira RA. The therapeutic relationship in psychoanalytic psychotherapy. The experience lived by former patients. *Brazilian J Psychother.* 2014;16(3):1–15.
67. Gabbard GO. Long-term psychodynamic psychotherapy. 2nd ed. London, England: American Psychiatric Publishing, Inc; 2010.
68. Gaston L, Ring JM. Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *J Psychother Pract Res.* 1992.
69. Rocha NS da, Fleck MP de A. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Brazilian J Psychiatry.* 2010;32(2):119–24.
70. Kim DM, Wampold BE, Bolt DM. Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychother Res.* 2006.
71. Castonguay LG, Constantino MJ, Holtforth MG. The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy.* 2006.
72. Horvath AO. The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology.* 2000.
73. Arnow BA, Steidtmann D. Harnessing the potential of the therapeutic alliance. *World Psychiatry.* 2014.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar de um estudo que se propõe a avaliar o efeito das psicoterapias em longo prazo. O efeito positivo das psicoterapias (de orientação analítica, interpessoal e cognitivo-comportamental) já foi determinado por inúmeros estudos internacionais e em populações brasileiras, mas seus efeitos a longo prazo ainda são pouco estudados.

Caso aceite participar, você será avaliado em 3 momentos (hoje, em 6 meses de estudo e em 1 ano de estudo). Será feita uma coleta de amostra de 10 ml de sangue (aproximadamente 1 colher de sopa), no início da terapia e em 6 meses de estudo. Estas amostras serão utilizadas para medir o BDNF (brain derived neurotrophic factor), uma substância produzida pelo corpo associada ao funcionamento cerebral. O sangue coletado será armazenado para uso apenas nesta pesquisa. Os riscos envolvidos neste procedimento são os de uma coleta de sangue usual, que são mal-estar passageiro ou mancha roxa no local da coleta de sangue. Além desta coleta de sangue, você fará uma avaliação psiquiátrica e psicológica, composta por sete questionários, que serão repetidos nos próximos 2 momentos da pesquisa. Também solicitamos sua autorização para consultar alguns dados clínicos registrados no seu prontuário na instituição. O preenchimento dos questionários não envolve maiores riscos e levará em torno de 40 minutos. O preenchimento poderá ser feito por telefone, caso você não consiga vir até o Hospital. Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não respondê-las.

Não se conhece benefícios diretos por fazer parte desta pesquisa, mas você estará contribuindo para melhor conhecer os efeitos a longo prazo das psicoterapias.

O nome do participante será mantido confidencial pelos pesquisadores, sendo estes dados utilizados apenas para esta pesquisa.

A participação no estudo é totalmente voluntária, a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo para o participante.

Você não terá nenhum custo pela participação neste estudo e não receberá nenhum tipo de compensação financeira.

Em caso de dúvidas, antes e durante o curso da pesquisa, entrar em contato com Dra. Neusa Sica da Rocha, pesquisadora responsável, pelos telefones 33598294 ou 33598413. Serviço de Psiquiatria- HCPA Ramiro Barcelos, 2350- 4º andar, sala 400 N.

Caso tenha dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Este documento foi elaborado em 2 vias, uma ficará com você e outra ficará arquivada com o pesquisador.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

CAAE 43345815.0.0000.5327

ANEXO 2

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Psiquiatria

Protocolo n°

Data do preenchimento:

--	--	--	--	--	--	--	--

Entrevistador:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qual psicoterapia está realizando? 1 POA 2 TIP 3 TCC

Quantas sessões já realizou?

1. Identificação

1.1. Prontuário HCPA:

1.2. Nome Completo:

1.3. Religião: 1 católica 2 evangélica 3 espírita
 4 judaica 5 outra : _____ 9 não quer informar

1.4. Origem: 1 Triagem 2 Em acompanhamento

1.5. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

1.6. Data de nascimento:

1.7. Idade: anos

1.8. Etnia: 1 branco 2 não-branco

1.9 Orientação Sexual: 1 heterossexual 2 homossexual 0 sem condições de responder
 3 bissexual 9 não quer informar

1.10. Situação Conjugal: 1 solteiro 2 casado ou companheiro fixo
 3 separado ou divorciado 4 viúvo

1.11. Ocupação: 1 estudante 2 com ocupação remunerada
 3 sem ocupação (não aposentado) 4 dona de casa
 5 em auxílio-doença 6 aposentado por invalidez
 7 aposentado por tempo serviço

ANEXO 3



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha

1. Tristeza

0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.

2 Estou triste o tempo todo.

3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

2. Pessimismo

0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.

1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.

2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.

3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

3. Fracasso passado

0 Não me sinto um(a) fracassado(a).

1 Tenho fracassado mais do que deveria.

2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.

3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

4. Perda de prazer

0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto

1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.

2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar

3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

5. Sentimentos de culpa

0 Não me sinto particularmente culpado(a)

1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.

2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

6. Sentimentos de punição

- 0 Não sinto que estou sendo punido(a).
- 1 Sinto que posso ser punido(a).
- 2 Eu acho que serei punido(a).
- 3 Sinto que estou sendo punido(a).

7. Auto-estima

- 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
- 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).
- 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3 Não gosto de mim.

8. Autocrítica

- 0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
- 1 Estou sentindo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
- 2 Eu me critico por todos os meus erros.
- 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

9. Pensamentos ou desejos suicidas

- 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.
- 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0 Não choro mais do que chorava antes.
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar.
- 2 Choro por qualquer coisinha.
- 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

11. Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebo nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO 5

Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia Versão do Paciente – (CALPAS-P)

1. Você se sentiu tentado a interromper a terapia quando foi incomodado ou desapontado com a terapia?
2. Você se sentiu pressionado por seu terapeuta a fazer mudanças antes de estar preparado?
3. Quando seu terapeuta comentou a respeito de uma situação, isso lhe trouxe à mente outras situações parecidas em sua vida?
4. Você sentiu que, mesmo que tivesse tido momentos de dúvida, confusão ou desconfiança, o todo da terapia valia a pena?
5. Os comentários de seu terapeuta levaram você a acreditar que ele colocou as necessidades dele antes das suas?
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?
7. Você se sentiu aceito/a e respeitado/a por seu terapeuta por aquilo que você é?
8. O quanto você conteve seus sentimentos durante essa sessão?
9. Você achou que comentários de seu terapeuta não lhe ajudaram, foram confusos, incorretos ou que realmente não se aplicaram a você?
10. Você sentiu que esteve trabalhando junto com seu terapeuta, que os dois estavam unidos em um só esforço para superar seus problemas?
11. Quanto você esteve livre para discutir assuntos pessoais que você habitualmente fica envergonhado/a ou com medo de revelar?
12. Durante essa sessão, quanto você esteve disposto para continuar lutando com seus problemas, mesmo que nem sempre pudesse ver uma solução imediata?
13. Durante essa sessão, quanto seu terapeuta esteve empenhado a lhe ajudar a superar suas dificuldades?
14. Você sentiu que discordou do seu terapeuta a respeito do tipo de mudanças que gostaria de fazer em sua terapia?
15. Quanto você se ressentiu do tempo, dos custos ou de outras exigências de sua terapia?
16. Você sentiu que seu terapeuta entendeu o que você esperava atingir nesta sessão?
17. Durante essa sessão, quanto foi importante para você olhar para as maneiras como você poderia estar contribuindo para seus próprios problemas?

18. Quanto você se encontrou pensando que a terapia não era a melhor maneira de obter ajuda para seus problemas?
19. O tratamento que você recebeu nesta sessão está em sintonia com suas ideias a respeito do que ajuda as pessoas em terapia?
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?
21. Quanto você se sentiu confiante de que, por seus próprios esforços e aqueles de seu terapeuta, você terá alívio de seus problemas?
22. Você teve a impressão de que esteve incapacitado de aprofundar o entendimento do que está incomodando você?
23. Quanto você discordou de seu terapeuta a respeito de quais questões eram mais importantes trabalhar durante essa sessão?
24. Quanto seu terapeuta ajudou você a conseguir um aprofundamento da compreensão dos seus problemas?

ANEXO 6

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

ANEXO 7

QUALIDADE DE VIDA

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos

perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas:

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas:

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5