

Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Mestrado em Psicologia Clínica  
Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas

**Lisiane Geremia**

**A ALIANÇA TERAPÊUTICA:**

**Um estudo de processo de uma Paciente Diagnosticada com Transtorno de  
Personalidade *Borderline***

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo, novembro de 2015

**LISIANE GEREMIA**

**A ALIANÇA TERAPÊUTICA:**

**Um estudo de processo de uma Paciente Diagnosticada com Transtorno de**

**Personalidade *Borderline***

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo, novembro de 2015

G367a Geremia, Lisiane  
A aliança terapêutica: um estudo de processo de uma paciente diagnosticada com transtorno de personalidade *borderline* / por Lisiane Geremia. -- São Leopoldo, 2015.

104 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “A aliança terapêutica no paciente diagnosticado com transtorno de personalidade *borderline*; Aliança terapêutica de uma paciente diagnosticada com transtorno de personalidade *borderline* no processo de uma psicoterapia”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2015.

Área de concentração: Psicologia clínica.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Pereira da Cruz Benetti, Escola de Saúde.

1.Psicanálise. 2.Distúrbios da personalidade *borderline*. 3.Distúrbios da personalidade. 4.Psicoterapia. 5.Aliança terapêutica. I.Benetti, Sílvia Pereira da Cruz. II.Título.

CDU 159.964.2  
616.89-008.485  
615.851

Catálogo na publicação:  
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Às minhas Alianças,

Agradeço a Deus pela contribuição no meu aperfeiçoamento enquanto ser humano.

Ao meu querido Eduardo Lisowski, pela constante companhia e grande ajuda neste processo do mestrado.

À minha família, especialmente aos meus pais, irmão e sobrinhos na compreensão da minha ausência, em certos momentos da convivência.

À equipe HIGRA que têm contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional e que participa ativamente da minha caminhada como psicóloga desde a graduação.

À minha querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Pereira da Cruz Benetti, que desde o início de nossa caminhada tem proporcionado muitos momentos de aperfeiçoamento da minha aprendizagem. Uma aliança muito positiva, que desde já, sinto saudades e vontade de retornar. Compartilhamos momentos de muitas alegrias, chocolates, cafés, reflexões, pois durante todo o processo permaneceu incentivando-me na busca e aperfeiçoamento desse conhecimento.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilana Andretta, pelo acolhimento sensível, caloroso e humano desde a primeira reunião das professoras do PPG com a minha turma de mestrado. Agradeço profundamente, de todo o meu coração pelo crescimento pessoal e profissional que tem me proporcionado, especialmente durante o meu estágio de docência. Uma aliança muito positiva, que contribuiu de forma extraordinária nesse processo de aprendizagem.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG-UNISINOS) Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Falcke, e todas as demais professoras que contribuíram

na construção do conhecimento.

Ao bolsista, Georgius Cardoso Esswein pelo grande apoio, incentivo e extrema dedicação na organização dos dados e análises estatísticas. Muito obrigada pela parceria e pela disponibilidade nesse processo.

Ao Grupo de pesquisa do IEPP (Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia), especialmente às colegas Denise Steibel, Paula Von Campezzatto e, Lívia Sanches, que contribuíram e despertaram o meu interesse pelo mestrado. Agradeço também a colega Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Milena da Silva Rosa que estimulou meu interesse pela pesquisa, pois, fez parte desse grupo do IEPP no qual foi coordenadora na época que ingressei.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana”. (C.G.J)*

## Sumário

<b>Lista de tabelas .....</b>	<b>8</b>
<b>Apresentação da Dissertação .....</b>	<b>14</b>
<b>Artigo I .....</b>	<b>18</b>
Resumo .....	18
Abstract.....	19
Introdução.....	20
Objetivo Geral .....	23
Objetivos específicos.....	23
Método.....	24
Delineamento.....	24
Participantes .....	24
Paciente.....	24
Caso .....	25
Terapeuta .....	26
Instrumentos .....	26
Anotações clínicas .....	26
<i>Working Alliance Inventory (WAI-O) – Observer Form</i> .....	26
Procedimentos Éticos .....	288
Procedimento de Coleta e Análise de Dados.....	288
Resultados.....	299

Etapa 1 do tratamento .....	33
Etapa 2 do tratamento .....	35
Etapa 3 do tratamento .....	37
Discussão .....	399
Considerações Finais .....	444
Limites do estudo .....	455
Referências .....	455
<b>Artigo II</b> .....	50
Resumo .....	50
Abstract.....	51
Introdução .....	52
Pesquisas de processo em psicoterapia com pacientes <i>borderline</i> .....	544
Objetivo Geral .....	566
Objetivos Específicos .....	566
Método.....	577
Delineamento.....	577
Participantes .....	577
Paciente.....	577
Terapeuta .....	588
Instrumentos .....	599
<i>Working Alliance Inventory (WAI-O) – Observer Form</i> .....	599
<i>Psychotherapy Process Q-Set (PQS)</i> .....	60

Anotações clínicas .....	61
Procedimentos Éticos .....	61
Procedimento de Coleta e Análise de Dados.....	61
Resultados.....	62
Caso Clínico .....	62
Processo psicoterápico PQS .....	644
Etapa 1 .....	644
Etapa 2 .....	655
Etapa 3 .....	666
Aliança Terapêutica.....	678
Discussão .....	722
Considerações Finais .....	789
Limites do Estudo.....	799
Referências .....	80
<b>Considerações Finais da Dissertação .....</b>	<b>855</b>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>877</b>
<b>Apêndice B – Shedler - Westen Assessment Procedure (SWAP 200).....</b>	<b>888</b>
<b>Apêndice C – WAI-O (N= 12).....</b>	<b>977</b>
<b>Apêndice D – Itens do Psychotherapy Process Q-set (PQS).....</b>	<b>979</b>

## Lista de Tabelas

### Artigo 1

Tabela 1. Média geral das subescalas do WAI-O ao longo das sessões de psicoterapia	30
Tabela 2. Média geral das subescalas (Objetivo, Tarefa e Vínculo) nas Etapas 1, 2 e 3	32
Tabela 3. Itens com maiores médias na subescala Tarefa na Etapa 1 .....	33
Tabela 4. Itens com maiores médias na subescala Objetivo na Etapa 1.....	34
Tabela 5. Itens com maiores médias na subescala Vínculo na Etapa 1.....	35
Tabela 6. Itens com maiores médias na subescala Tarefa na Etapa 2 .....	36
Tabela 7. Itens com maiores médias na subescala Objetivo na Etapa 2.....	36
Tabela 8. Itens com maiores médias na subescala Vínculo na Etapa 2.....	37
Tabela 9. Itens com maiores médias na subescala Tarefa na Etapa 3 .....	38
Tabela 10. Itens com maiores médias na subescala Objetivo na Etapa 3.....	38
Tabela 11. Itens com maiores médias na subescala Vínculo na Etapa 3.....	39

### Artigo 2

Tabela 1. Resultados das cinco variáveis mais e menos características do PQS na Etapa 1 do tratamento .....	65
Tabela 2. Resultados das cinco variáveis mais e menos características do PQS na Etapa 2 do tratamento .....	66
Tabela 3. Resultados das cinco variáveis mais e menos características do PQS na Etapa 3 do tratamento .....	67

Tabela 4. Correlação das subescalas do WAI-O com as categorias do PQS ao longo das 12 sessões do tratamento .....	68
Tabela 5. Correlação das subescalas do WAI-O com as categorias do PQS na Etapa 1 do tratamento .....	69
Tabela 6. Correlações das subescalas WAI-O com as categorias do PQS na Etapa 2 do tratamento .....	71
Tabela 7. Correlação das subescalas WAI-O com as categorias do PQS na Etapa 3 do tratamento .....	72

## **A Aliança Terapêutica: um estudo de processo de uma Paciente Diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline***

### **Resumo**

As pesquisas em psicoterapia têm contribuído para o estudo da Aliança Terapêutica, seu desenvolvimento e manutenção no processo de tratamento com pacientes diagnosticados com diversos transtornos. Através da exploração minuciosa de ações do processo, incluindo variáveis do paciente, do terapeuta e da interação, se torna possível compreender o que ocorre dentro de um setting terapêutico e como a Aliança Terapêutica se desenvolve em uma psicoterapia. Poucos estudos direcionam suas investigações para os pacientes diagnosticados com o Transtorno de Personalidade *Borderline*, principalmente, na descrição dos processos e dos resultados terapêuticos. Essa dissertação de mestrado teve como principal objetivo avaliar a Aliança Terapêutica no processo de psicoterapia de uma jovem diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline*. Para tal, 12 sessões de psicoterapia psicanalítica foram codificadas através de dois instrumentos, um que avalia a Aliança Terapêutica e, o segundo focalizando o estudo do processo terapêutico. O *Working Alliance Inventory Observer Form* (WAI-O) busca avaliar a Aliança Terapêutica por meio de 36 itens que investigam as três subescalas presentes no tratamento, os Objetivos, as Tarefas, e o Vínculo. O *Psychotherapy Process Q-set (PQS)* visa avaliar sessões de psicoterapia através de 100 itens que descrevem o terapeuta, as atitudes e os comportamentos do paciente, bem como as interações terapeuta/paciente. O primeiro estudo consiste na análise e descrição da Aliança Terapêutica na psicoterapia durante o período de seis meses de tratamento, visando compreender as qualidades dessa relação ao longo desse recorte de sessões e posteriormente nas três etapas divididas do tratamento. O segundo,

investiga em profundidade a Aliança Terapêutica no processo de uma psicoterapia através da integração das anotações clínicas, narrativas realizadas através dos cinco itens mais e cinco itens menos característicos do processo e da correlação das categorias do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) com as subescalas do *Working Alliance Inventory Observer Form* (WAI-O). Portanto, esta dissertação aponta que a Aliança Terapêutica é um fator de muita importância no processo de uma psicoterapia, especialmente no tratamento de pacientes graves e, que o vínculo e a postura empática e sensível da terapeuta são ingredientes essenciais nesse processo.

*Palavras-chave:* Aliança Terapêutica; Processo em Psicoterapia; Paciente *Borderline*; Pqs.

**The Therapeutic Alliance: case study of a patient diagnosed with *Borderline*  
Personality Disorder**

**Abstract**

Psychotherapy research have contributed for the study of therapeutic alliance, its development and maintenance during the treatment of patients diagnosed with many disorders. By thorough exploration of the actions of the process, including patient, interaction and therapist variables, it is possible understand what happens in a therapeutic setting and how the Therapeutic Alliance develops in psychotherapy. Few studies directed their research to patients diagnosed with Borderline Personality Disorder, especially in the description of processes and therapeutic results. This Master's dissertation aimed to evaluate the Therapeutic Alliance in the psychotherapy process of a young woman diagnosed with Borderline Personality Disorder. For such, 12 psychoanalytic psychotherapy sessions were coded by two instruments, one that evaluates the Therapeutic Alliance and the second focusing on the study of the therapeutic process. The Working Alliance Inventory Observer Form (WAI-O) seeks to assess the Therapeutic Alliance through 36 items, investigating the three subscales present in the treatment: the Objectives, the Tasks, and the Bond. The Psychotherapy Process (PQS) aims to assess the psychotherapy sessions through 100 items describing the therapist, the attitudes, the behavior of the patient and the therapist/patient interactions. The first study is the analysis and description of the Therapeutic Alliance in psychotherapy, during the six months of treatment, to understand the qualities of this relationship during these sessions, and later in the three stages of treatment. The second one investigates in depth the process of the Therapeutic Alliance of psychotherapy through the integration of clinical notes, narratives made through the five most typical

items and five less typical items of the process, and the correlation of the categories of the Psychotherapy Process Q-Set (PQS) with the subscales of the Working Alliance Inventory Observer Form (WAI-O). Therefore, this dissertation points out that the Therapeutic Alliance is a factor of great importance in the process of psychotherapy, especially in the treatment of critically ill patients and the bond, as well as the empathic and sensitive attitude of the therapist are essential components in this process.

*Keywords:* Therapeutic Alliance; Process in Psychotherapy; Borderline Patient; Pqs.

## **Apresentação da Dissertação**

Esta dissertação de mestrado, “A Aliança Terapêutica: um estudo de processo de uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*”, faz parte de um estudo maior intitulado, “Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e avaliação do processo terapêutico”, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti. O projeto está inserido na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas”, a qual focaliza a compreensão das diferentes formas do sofrimento psíquico do sujeito, suas manifestações e as possibilidades de intervenção psicoterápica, bem como estudo do processo e dos resultados em psicoterapia.

A psicoterapia psicanalítica é um espaço que visa proporcionar ao paciente maior compreensão de seus aspectos inconscientes e através de uma relação terapêutica objetiva a promoção de novos significados e de uma verdadeira mudança psíquica. Atualmente, observa-se que as pesquisas têm contribuído para uma maior aproximação do campo científico com a prática clínica, que então seguiam caminhos distintos na compreensão dos fenômenos presentes no *setting* terapêutico. As pesquisas de processo em psicoterapia, por sua vez, buscam a identificação de mecanismos subjacentes em ação (Yoshida, 1998) e possibilitam melhor compreensão dos fenômenos presentes entre a dupla na psicoterapia. É através do exame minucioso dessas variáveis complexas, multifacetadas e contextualizadas (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011).

Embora o entendimento de que todas essas variáveis atuem de forma dinâmica no processo, a Aliança Terapêutica tem sido apontada como o ingrediente de destaque nos tratamentos e determinada como preditor de mudança nas psicoterapias. O fenômeno da Aliança Terapêutica está relacionado à qualidade da relação estabelecida

entre o paciente e o terapeuta, influenciando os resultados alcançados na psicoterapia (Honda & Yoshida, 2013; Yoshida, 1998).

Contudo, muitas situações da prática clínica desafiam constantemente os terapeutas no estabelecimento de alianças terapêuticas e manutenção do trabalho clínico frente a momentos de maior ameaça de ruptura ou abandono a um tratamento. Por isso, investigar a Aliança Terapêutica de um paciente grave no processo de um tratamento possibilita entender ações como se estabelecem os Objetivos do tratamento, as Tarefas acordadas entre a dupla e o Vínculo entre ambas. E somadas à compreensão aprofundada de variáveis como características da terapeuta, da paciente e da própria relação vão apontar qualidades da Aliança Terapêutica e o “sucesso” do tratamento. (Yoshida, 2008).

A Aliança Terapêutica no processo com pacientes graves, especialmente com o Transtorno de Personalidade *Borderline*, se torna mais difícil em decorrência de seu funcionamento psíquico associado a sintomatologia (Ben-Porath, 2004). Porém, estudos indicam que os resultados dos tratamentos com esses pacientes são promissores quando ocorre o estabelecimento de uma Aliança Terapêutica positiva (Barnicot et al., 2012; Wasserman, 2011).

Por isso, a possibilidade de pesquisar um fenômeno através do estudo de um caso único apresenta relevância na compreensão aprofundada dos fenômenos decorrentes da prática clínica atual, especialmente no entendimento das psicopatologias, das dificuldades em relação ao manejo, da aderência e da permanência do paciente no processo de uma psicoterapia.

Considerando a importância das pesquisas voltadas na compreensão da Aliança Terapêutica no tratamento de pacientes com diversas psicopatologias, esta dissertação visa entender como uma jovem paciente diagnosticada com um transtorno grave obteve

aderência e permaneceu em psicoterapia de orientação psicanalítica. Para tal está organizada em dois artigos empíricos. O primeiro deles, “A Aliança Terapêutica no Paciente Diagnosticado com Transtorno de Personalidade *Borderline*”, integra a análise e descrição da Aliança Terapêutica na psicoterapia durante o período de seis meses de tratamento, visando compreender as qualidades dessa relação ao longo desse recorte de sessões e posteriormente nas três etapas divididas do tratamento. A Aliança Terapêutica foi analisada pelo *Working Alliance Inventory Observer Form* (WAI-O), um instrumento ateórico que busca investigar a Aliança em suas subescalas (Objetivo, Tarefa e Vínculo) no processo de tratamento psicoterápico. Posteriormente, seu entendimento foi associado com as anotações clínicas efetuadas por juízes externos e independentes. Os dados quantitativos somados a uma compreensão qualitativa do estudo, mostram viabilidade das pesquisas em psicoterapia e contribuem para compreensão de fenômenos presentes e comuns nos *settings* terapêuticos. No caso em análise, conclui-se que a subescala Vínculo do instrumento WAI-O demonstrou menor oscilação durante o tratamento e indicou que a relação estabelecida entre a dupla teve maior contribuição na aderência e permanência da paciente na psicoterapia. O artigo 2, “A Aliança Terapêutica de uma Paciente Diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline* no processo de uma psicoterapia”, apresenta uma análise mais aprofundada através da integração das anotações clínicas, dos cinco itens mais e cinco itens menos característicos do processo e da correlação das categorias (Paciente, Terapeuta e Interação) do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) com as subescalas (Objetivo, Tarefa e Vínculo) do *Working Alliance Inventory Observer Form* (WAI-O). As especificidades da paciente, do comportamento da terapeuta e as características da interação correlacionados com o processo de tratamento foram discutidos e associados com a Aliança Terapêutica, ao longo das sessões de psicoterapia. Em suma, a análise

mais profunda da psicoterapia apontou a existência de correlações negativas e positivas ao longo do processo, destacando que a construção da Aliança Terapêutica possui relação direta com a postura empática, sensível e afinada da terapeuta.

## Artigo I

### **A Aliança Terapêutica no Paciente Diagnosticado com Transtorno de Personalidade *Borderline***

#### **Resumo**

Este trabalho teve como objetivo investigar a Aliança Terapêutica na psicoterapia de uma jovem diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*. Trata-se de um estudo de caso sistemático, que inclui a análise de 12 sessões de psicoterapia de um total de 34 sessões gravadas em vídeo, correspondentes ao período de seis meses de tratamento. As sessões foram avaliadas por meio de anotações clínicas e através do instrumento WAI-O (*Working Alliance Inventory, Observer Form*) que avalia a Aliança Terapêutica. Juízes independentes e treinados na metodologia codificaram os dados, exigindo-se correlação de no mínimo ( $r > 0,7$ ) entre ambos. Realizadas as análises das subescalas do WAI-O os valores iguais ou maiores que 5 foram considerados indicativos de uma Aliança Terapêutica satisfatória. Os resultados mostraram que ao longo das sessões de psicoterapia, houve uma boa Aliança Terapêutica, especialmente na subescala vínculo. Assim, a ligação entre a paciente e a terapeuta foi mais importante para a aderência e permanência da paciente na psicoterapia em relação as tarefas e os objetivos acordados entre a dupla terapêutica.

*Palavras-chave:* aliança terapêutica; *borderline*; psicoterapia.

## **Therapeutic Alliance Patient Diagnosed With Borderline Personality Disorder**

### **Abstract**

This paper aims to investigate the Therapeutic Alliance through the process of psychotherapy of a young woman diagnosed with borderline personality disorder. It is a systematic case study, from a total of 34-videotaped sessions, 12 of them were analyzed, corresponding to the period of six months of treatment. As instruments, the sessions were assessed by clinical notes and through the WAI-O (Working Alliance Inventory, Observer form), which assesses the therapeutic alliance. Independent judges, trained in the methodology, encoded data, which was subsequently analyzed, being indispensable that the correlation between them was, at least,  $r > 0.7$ . Presented analyzes and in order to achieve a good therapeutic alliance it was necessary that the scores of the subscales of the WAI-O reached a value greater than 5. The results showed there was a good therapeutic alliance along the psychotherapy sessions, especially in the sub-scale bond, thus revealing that the bond between patient and therapist was more important to the adherence and permanence of the patient in psychotherapy over the tasks and goals agreed between the therapeutic duo.

*Keywords:* therapeutic alliance; borderline; psychotherapy.

## Introdução

Conceitualmente, a Aliança Terapêutica refere-se à relação mútua entre paciente e terapeuta, a qual, em seu vértice colaborativo, pressupõe que a dupla se propõe a trabalhar em conjunto e em prol de uma mudança psíquica. Este conceito foi proposto inicialmente por Bordin (1979) e posteriormente pesquisadores como Horvath e Greenberg (1989), Price e Jones (1998) demonstraram que a aliança é um fator preditor de mudanças na psicoterapia.

A Aliança Terapêutica é um constructo atóxico, que se refere a um fenômeno presente em todas as abordagens de psicoterapias (Marcolino & Iaconi, 2003; Honda & Yoshida, 2013; Etchevers et al., 2010). Os elementos fundamentais ao conceito de Aliança Terapêutica estão, sob a perspectiva de Bordin (1979), relacionados aos objetivos, ao vínculo e às tarefas previamente acordadas entre ambos e presentes no decorrer de um tratamento psicoterápico.

Conforme Alves (2013), a união entre paciente e terapeuta se sustenta numa relação pela via de uma “aliança”, que se manifesta pelo desejo de dois elementos: um deles aspira mudar, enquanto o outro aceita participar desse processo e proporcionar uma transformação psíquica. Essa concepção nos remete a uma importante questão: como transcorre a Aliança Terapêutica no processo de tratamento com os pacientes mais graves?

Um dos transtornos graves de personalidade que tem recebido atenção na atualidade da clínica é o Transtorno de Personalidade *Borderline*. Conforme a conceituação psiquiátrica do Diagnóstico de Doenças Mentais quinta edição, o DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014), o Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) é descrito como um padrão consistente de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, acentuada impulsividade, esforço contínuo na evitação

de um abandono real e/ou imaginário, alternância entre idealização e a desvalorização, perturbação da identidade, ameaças suicidas ou de comportamento automutilante, oscilações de humor, sentimentos de vazio, raiva acentuada, entre outros.

Autores como Ben-Porath (2004), referem que pacientes graves – ou ditos “limítrofes” – são particularmente difíceis em decorrência de seu funcionamento psíquico, especialmente quando este é associado a diversos sintomas, como: afeto instável; depressão; ansiedade severa; impulsividade; abuso de substâncias; tentativas de suicídio; agressividade. O principal desafio técnico a ser superado na psicoterapia com pacientes *borderline* é o desenvolvimento de respostas adequadas às perturbadoras emoções desencadeadas precocemente (Peres, 2009). Por isso, esses autores mencionam que o estabelecimento de uma boa Aliança Terapêutica com os pacientes *borderline* se torna um contínuo desafio.

Nos tratamentos psicanalíticos compreende-se que os vínculos transferenciais e contratransferenciais revelam, em alguma medida, a tendência oscilatória, impulsiva e, na maioria das vezes, destrutiva dos pacientes (Bizzi, 2010). Os desafios envolvidos nas psicoterapias de orientação psicanalítica com indivíduos diagnosticados com o transtorno de personalidade têm motivado o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a efetividade das intervenções no processo psicoterápico, no intuito de prevenir a regressão, a excessiva dependência e, uma maior desorganização da patologia deste paciente (Jimenez, 2013). Ainda assim, existem poucas pesquisas de Aliança Terapêutica realizadas com essa população, sendo que a maioria dá ênfase à investigação da aliança através do ângulo do paciente (Levy, Beeney, Wasserman, & Clarkin, 2010).

Pesquisadores asseguram que uma boa Aliança Terapêutica com estes pacientes graves pode delinear um bom indicador de melhora na evolução do quadro da

psicopatologia (Hicks, Deane, & Crowe, 2012). Wasserman (2011), em seu estudo aprofundado sobre pacientes graves, buscou compreender o mecanismo de mudança presente na psicoterapia em pacientes diagnosticados com o Transtorno de Personalidade *Borderline* mediante a análise da Aliança Terapêutica e dos resultados das abordagens psicoterapêuticas: Psicoterapia Focada na Transferência e a Terapia Comportamental Dialética. A amostra desta pesquisa englobou 90 pacientes que foram atendidos por três terapeutas. O WAI-O (*Working Alliance Inventory Observer Form*), um instrumento teórico que busca investigar a Aliança Terapêutica em suas subescalas (Objetivo, Tarefa e Vínculo) no processo de tratamento psicoterápico foi utilizado. Os resultados revelaram que a Aliança Terapêutica se mostrou satisfatória em todos os tratamentos, tendo impacto na redução global dos sintomas e no processo de mudança desses pacientes graves. Nesse caso, Wasserman (2011) descreve que os resultados foram distintos da noção de que a aliança com esses pacientes necessariamente seria negativa. Além disso, vão ao encontro de outras pesquisas internacionais que apontam que os tratamentos com pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* são promissores, especialmente quando há o estabelecimento de uma boa Aliança Terapêutica no início do tratamento (Barnicot et al., 2012; Wasserman, 2011).

Apesar das possibilidades de desenvolvimento satisfatório da Aliança Terapêutica com pacientes graves, existe um alto índice de rupturas e abandonos dos tratamentos com esses pacientes. Essas rupturas podem ser externamente desconfortáveis – não somente para o paciente, mas também para o terapeuta – evocando assim, fortes sentimentos contratransferenciais. Outro importante desafio direcionado ao terapeuta para manter a Aliança Terapêutica é a necessidade de substituir e de flexibilizar a escuta empática com a avaliação do contínuo risco de suicídio deste paciente grave (Schechter, Goldblatt, & Maltzberger, 2013).

Em consequência, questiona-se muito, especialmente nas práticas clínicas atuais, qual o melhor manejo técnico com estes pacientes. O que delimita a adesão e possível continuidade dos mesmos nos tratamentos? Portanto, pesquisar a aderência e permanência no tratamento psicoterapêutico do paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline* torna-se necessário para qualificar a compreensão dos fenômenos presentes nesse processo que, tecnicamente, sofre constantes ameaças de não aderência, de interrupções.

Em síntese, os estudos sobre o desenvolvimento da Aliança Terapêutica com os pacientes graves indicam que esta já se daria com maiores dificuldades devido ao diagnóstico inicial de transtorno de personalidade. Por se tratar de uma patologia com características persistentes, oscilatórias e de maiores dificuldades perante o manejo do terapeuta, o questionamento deste trabalho centra-se em avaliar as características da Aliança Terapêutica na psicoterapia psicanalítica de uma jovem paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Boderline*.

### **Objetivo Geral**

Avaliar a Aliança Terapêutica através do estudo de caso de uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline* identificando as características do vínculo, objetivo e tarefa ao longo das sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica.

### **Objetivos Específicos**

Avaliar a Aliança Terapêutica no recorte de 12 sessões de psicoterapia que correspondem ao período de seis meses de tratamento e que antecedem à internação psiquiátrica da paciente.

Avaliar a Aliança Terapêutica através da divisão das sessões em três etapas do tratamento.

## **Método**

### **Delineamento**

A metodologia consiste de um estudo de caso sistemático que se utiliza de medidas subjetivas e empíricas (Ventura, 2007, Yin, 2001) para a compreensão dos fatores que levam à mudança, contexto clínico natural, considerando-se o rigor metodológico da pesquisa empírica (Edwards, 2007). De acordo com Yoshida (2008), o estudo de caso sistemático tem como principal finalidade compreender, com maior profundidade, os fatores que estão presentes e que contribuem para a ocorrência de uma mudança no processo de uma psicoterapia.

### **Participantes**

#### **Paciente**

O presente caso em estudo é o de uma jovem de 18 anos que buscou tratamento em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre/RS. Os procedimentos da clínica incluem: uma avaliação em uma consulta que recebe o nome de triagem com um psicólogo treinado e, após este contato inicial e ocorrendo a indicação para o tratamento, o paciente é encaminhado para a psicoterapia e/ou a avaliação psiquiátrica. Na primeira entrevista – triagem – a paciente apresentou as seguintes queixas: crises de choro, várias tentativas de cortar-se e um histórico de tratamentos interrompidos e com abandonos precoces. Após realizada a triagem, a paciente foi encaminhada para a psicoterapia individual de orientação psicanalítica e complementar à esta, também para uma avaliação psiquiátrica. O diagnóstico realizado pelo psiquiatra durante a etapa inicial do tratamento psicoterápico foi efetivado por meio do modelo proposto para diagnóstico

multiaxial do DSM-IV-TR (APA, 2002), no qual o diagnóstico encontrado foi o de Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Como critério de inclusão e de confirmação do diagnóstico desta paciente, para esta pesquisa foi aplicado no início da psicoterapia o *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP 200), que corresponde a um instrumento de 200 itens preenchido no início do tratamento pela terapeuta e que consiste para a sustentação do diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*. No Apêndice B segue este instrumento para maiores informações e esclarecimentos a respeito da utilização do mesmo.

### **Caso**

A infância da paciente foi marcada por brigas entre seus os seus progenitores. Ambos eram usuários de álcool. Aos seus oito anos de idade apresentou sintomatologias como episódios graves de prisão de ventre e de terror noturno. Aos 11 anos de idade seu pai faleceu em decorrência de um infarto, da diabetes e do alcoolismo.

No período da adolescência iniciou suas experiências sexuais, que foram basicamente pré-genitais. Além disso, em função de trocas de escola ao longo de sua trajetória escolar seu desempenho decaiu e seus relacionamentos interpessoais foram nesta época se restringindo, passando a se caracterizar por períodos de maior isolamento.

Embora aos 20 anos de idade tenha buscado atendimento psicoterápico, essa decisão foi acompanhada de constantes ameaças ao tratamento. No início da terapia foi encaminhada para atendimento psiquiátrico e concomitante, convidada a participar da pesquisa deste Programa de Pós-Graduação (PPG).

Após o início do tratamento, foi morar sozinha e iniciou a faculdade, a qual foi interrompida. Nessa época, apresentou episódios de uso abusivo de álcool e

automutilações. A paciente se desorganizou, fez cortes profundos nos braços e solicitou à sua terapeuta uma internação psiquiátrica. A internação durou 21 dias. Posteriormente, deu continuidade à terapia e medicação sem indícios de rupturas ao tratamento.

As sessões de psicoterapia ocorreram no consultório da terapeuta, em horários agendados, conforme acerto entre paciente e terapeuta. As sessões foram marcadas por oscilações da paciente, aproximações constantes da terapeuta e muitas ameaças ao vínculo que culminaram na internação psiquiátrica da paciente.

### **Terapeuta**

A terapeuta do presente caso, que não se trata da pesquisadora, tem 33 anos de idade, tendo realizado curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica em uma instituição local, cujo modelo de formação se estrutura na seguinte tríplice: seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal. Possui experiência em atendimento psicoterápico e com pacientes graves há aproximadamente dez anos.

### **Instrumentos**

#### **Anotações clínicas**

As anotações clínicas foram realizadas por juízes independentes e com a finalidade de fornecer dados qualitativos da paciente, da terapeuta e dos temas abordados entre a dupla no tratamento. Foram efetuadas através da visualização das sessões de psicoterapia e serviram de complementação aos resultados empíricos encontrados.

#### ***Working Alliance Inventory (WAI-O) – Observer Form***

O WAI-O (Apêndice C) foi elaborado por Horvath e Greenberg, em 1986, e

validado pelos mesmos pesquisadores, em 1989. É um instrumento que avalia a Aliança Terapêutica independentemente da abordagem teórica do estudo. O WAI está disponível em três versões sendo elas: cliente, terapeuta e observador. É composto por 36 itens divididos em três subescalas que medem os seguintes itens: Objetivos - Caracteriza-se pela negociação e pelo entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da psicoterapia, em termos de resultados; Tarefa - Refere-se às atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para instigar ou para facilitar as mudanças; e Vínculo - Diz respeito às ligações pessoais entre cliente e terapeuta, que se desenvolvem na atividade compartilhada da psicoterapia. É expresso e sentido, em termos de amizade, de simpatia, de confiança, de respeito pelo outro, pelo senso de comprometimento comum e pelo entendimento compartilhado das atividades.

O WAI-O foi desenvolvido com base na versão terapeuta (WAI-T) e cliente (WAI-C) e está em processo de tradução e validação pelo mesmo grupo de pesquisa que realizou o treinamento. O procedimento de utilização do WAI-O ocorre da seguinte maneira: no primeiro momento, dois juízes independentes assistem a sessão de psicoterapia e, posteriormente, a codificam através da utilização do manual WAI-O, distribuindo assim os 36 itens em uma escala que tem variação entre os valores de 1 (que consiste em uma evidência muito forte contra) a 7 (que corresponde a uma evidência muito forte). No segundo momento, os escores dos dois juízes são correlacionados, sendo necessários valores de  $r \geq 0,7$ . Obtêm-se, a seguir, as médias e desvio padrão das subescalas – Tarefas, Vínculo e Objetivos – para cada sessão e para o processo geral da psicoterapia. Valores médios iguais ou superiores a cinco são considerados como uma Aliança Terapêutica satisfatória (Wasserman, 2011).

A versão em português do WAI foi produzida por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu conforme Prado & Meyer (2004) e se mostrou entre os instrumentos

que mais apareceram na literatura a respeito do levantamento e avaliação da Aliança Terapêutica. Essa versão possibilitou abordar a utilização desse instrumento em uma psicoterapia e avaliar situações presentes em um tratamento, bem como: os objetivos, as tarefas e a ligação entre a dupla paciente - terapeuta. Horvath (1994) refere que estudos realizados deram suporte à validade do WAI e que a confiabilidade do instrumento (Alpha de Cronbach) entre os itens é de 0,84 a 0,93 e, entre as subescalas, de 0,68 a 0,92.

### **Procedimentos Éticos**

O presente estudo está vinculado a um projeto de pesquisa mais amplo já em andamento (Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e avaliação do processo terapêutico), submetido e aprovado no Comitê de Ética da UNISINOS. A paciente e a terapeuta leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, fornecido pela pesquisadora coordenadora do projeto. O TCLE se encontra em poder da pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Pereira da Cruz Benetti.

### **Procedimento de Coleta e Análise de Dados**

Para este estudo, foram avaliadas sessões que marcam o período correspondente aos seis meses de psicoterapia, com periodicidade semanal e que antecederam a internação psiquiátrica da paciente. Do total de 34 atendimentos, foram avaliadas 12 sessões, uma em cada três e selecionadas em etapas devido às temáticas encontradas pela observação dos juízes externos. As sessões utilizadas correspondem: S1, S4, S7, S10, S13, S16, S19, S22, S25, S28, S31 e S34. Todas as sessões foram gravadas,

assistidas em vídeo e posteriormente avaliadas por juízes treinados na metodologia do WAI-O que também realizaram anotações clínicas das sessões referentes às temáticas em foco.

As anotações clínicas delimitaram a divisão do tratamento em três etapas devido às temáticas encontradas ao longo das sessões. Dessa forma, foram delimitadas três etapas na psicoterapia: Etapas 1, 2 e 3. A primeira etapa contempla as sessões S1, S4, S7 e S10, a segunda agrupa as sessões S13, S16, S19, S22 e a terceira – que antecede à internação psiquiátrica da paciente – agrega as sessões S25, S28, S31 e S34. Assim, duplas de juízes independentes e treinados na metodologia de avaliação do WAI-O avaliaram as sessões de psicoterapia, sendo imprescindível que a correlação entre ambos fosse de, no mínimo,  $r > 0,7$ . Caso não tivesse sido atingido o valor mínimo, um terceiro juiz seria necessário. Após essa etapa, foi gerado um escore para cada item do WAI-O correspondente à média dos juízes.

Com base nas classificações, foram realizadas análises descritivas (médias e desvio padrão) em relação ao escore total do WAI-O e subescalas Tarefa, Objetivos e Vínculo nas três etapas. Valores iguais ou maiores que cinco foram classificados como indicativos de uma aliança positiva. Posteriormente, foram identificados, dentre os 12 itens do WAI-O que compõem cada uma das subescalas, aqueles itens com maior média em cada uma das subescalas nas três etapas. Assim, foi possível caracterizar de forma mais detalhada quais aspectos da subescala Objetivo, da Tarefa e do Vínculo foram mais relevantes. Todas as análises foram realizadas através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.

## **Resultados**

Ao longo do período de 6 meses de psicoterapia avaliado neste estudo ocorreram

34 sessões anteriores à internação da paciente. Dessas, 12 sessões foram eleitas com a finalidade de avaliar Aliança Terapêutica.

A análise das anotações clínicas que incluíram principalmente a identificação dos temas e características da relação terapêutica permitiu identificar três etapas na psicoterapia. A primeira etapa (S1, S4, S7 e S10) caracterizou-se por um período de exploração das experiências da paciente. Na segunda etapa (S13, S16, S19, S22) emergiram temas atuais, ocorrendo importantes decisões de vida da paciente. Na terceira etapa (S25, S28, S31 e S34) manifestaram-se períodos depressivos graves que resultaram na internação da paciente. Salienta-se, então, que as sessões deste estudo antecedem à internação psiquiátrica da paciente.

Na sequência são apresentados e descritos os resultados encontrados na avaliação da Aliança Terapêutica ao longo das 12 sessões (Tabela 1), e posteriormente apresenta-se a análise correspondente a cada uma das três etapas do tratamento.

Tabela 1  
*Média geral das subescalas do WAI-O ao longo das sessões de psicoterapia*

Sessão (S)	Vínculo	Tarefa	Objetivo
1	5,50	5,25	4,92
4	5,58	5,67	5,21
7	5,13	5,25	5,00
10	5,33	4,92	4,33
13	5,38	5,13	5,08
16	5,54	5,00	4,50
19	5,50	5,58	4,92
22	5,54	5,38	5,50
25	4,92	4,96	5,00
28	4,54	4,17	4,04
31	5,50	5,42	5,21
34	5,25	5,21	4,42
Geral	5,31	5,16	4,84

Observa-se que na subescala Vínculo, do total das 12 sessões, apenas duas obtiveram a média menor que 5 (S25, S28), revelando assim que, na maior parte do processo da psicoterapia, ocorreu uma boa ligação, ou seja, um bom elo entre o paciente

e o terapeuta no qual ambos desenvolveram na atividade compartilhada da psicoterapia um gosto e um respeito mútuo.

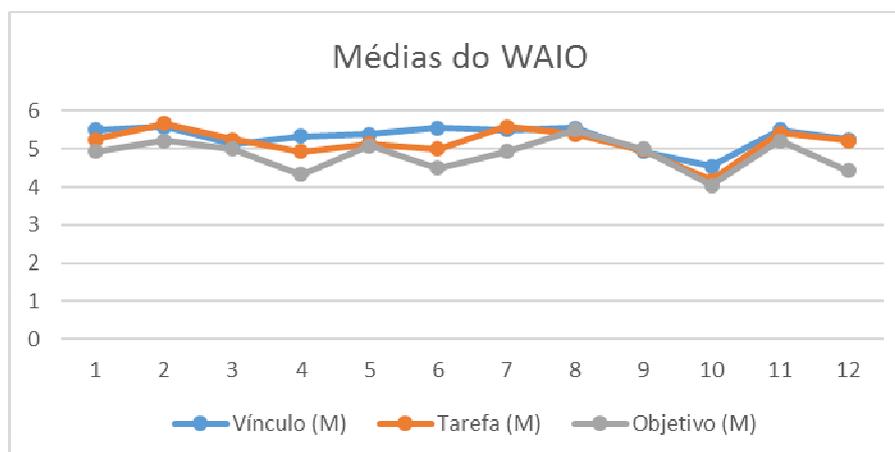
Em relação a subescala Tarefa, das 12 sessões, apenas três sessões (S10, S25, S28) obtiveram uma média abaixo de cinco, indicando assim que em parte do processo da psicoterapia, as atividades específicas estabelecidas pelo terapeuta e pelo cliente para instigar ou facilitar as mudanças foram desenvolvidas.

Quanto à subescala Objetivo, das 12 sessões do processo, seis (S1, S10, S16, S19, S28, S34) demonstraram um valor abaixo de 5, mostrando que, em metade das sessões, os objetivos foram alcançados pela dupla, ou seja, em metade desse recorte de tratamento ocorreu uma negociação e um entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da psicoterapia em termos de resultados.

Diante desses resultados iniciais e gerais do processo de psicoterapia desta paciente diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline*, pode-se mencionar que ocorreu uma boa Aliança Terapêutica, no qual a subescala Vínculo se salientou na manutenção desta paciente no tratamento. Outro aspecto, refere-se que em relação ao Vínculo e Tarefa, escores inferiores a 5 foram mais identificados na última etapa do tratamento. Por sua vez, há uma oscilação maior ao longo do tratamento quanto à clareza dos objetivos na terapia.

Para maior ilustração segue abaixo o gráfico (Figura 1) das subescalas Vínculo, Tarefa e Objetivo no processo da psicoterapia da paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline* nas 12 sessões.

Figura 1  
Gráfico da Tabela 1



Apresenta-se abaixo (Tabela 2) as médias encontradas nas três etapas e em suas respectivas subescalas.

Tabela 2  
Média geral das subescalas (Objetivo, Tarefa e Vínculo)  
nas Etapas 1, 2 e 3

Etapas	Objetivo Média (DP)	Tarefa Média (DP)	Vínculo Média (DP)
1	4,86 (0,37)	5,27 (0,31)	5,38 (0,20)
2	5,00 (0,41)	5,27 (0,26)	5,49 (0,08)
3	4,66 (0,53)	4,93 (0,54)	5,05 (0,41)
Total	4,84 (0,42)	5,16 (0,39)	5,31 (0,31)

Na Tabela 2 destacam-se as médias encontradas nas subescalas Objetivo, Tarefa e Vínculo ao longo do processo de tratamento. De acordo com as médias identificadas ao longo das três etapas da psicoterapia, pode-se observar que em geral prevaleceram médias acima de 5, valor considerado como indicativo de uma boa e positiva aliança.

Observa-se que em relação aos objetivos a média esteve abaixo no início do tratamento em relação a uma boa aliança, evoluiu para uma aliança satisfatória na segunda e teve um declínio na última etapa do tratamento, demonstrando uma queda da aliança nessa subescala. A tarefa iniciou de forma positiva, manteve-se boa durante a segunda etapa e declinou na última etapa, em decorrência de maior oscilação da

paciente. Em relação ao Vínculo, este iniciou de forma positiva nas primeiras sessões, se manteve bom nas sessões intermediárias, e permaneceu até as últimas sessões do tratamento, mostrando uma Aliança Terapêutica satisfatória nessa subescala.

### **Etapa 1 do tratamento**

De acordo com as anotações clínicas, na primeira etapa, correspondente às sessões S1, S4, S7 e S10, a paciente revelou com facilidade e tranquilidade muitas informações a respeito de si, da sua família e especialmente em relação aos seus pais. Emergiram também assuntos como os seus relacionamentos em geral e os peculiares com os seus progenitores. Suas dificuldades internas e externas também se tornam tópicos mencionados.

A análise do WAI-O em relação a subescala Tarefa (Tabela 3) indicou que nesta fase a Aliança Terapêutica se manteve boa e, as médias revelaram valor igual ou maior de referência. A paciente ofereceu pouca resistência em relação às ideias oferecidas pela terapeuta, mostrou clareza a respeito do processo (WAI-O 33) e sua responsabilidade no tratamento (WAI-O 13). A terapeuta por sua vez solicitou com facilidade o que esperava da paciente (WAI-O 18), promoveu a exploração dos assuntos (WAI-O 24) e, apresentou pouca dificuldade em trabalhar mais alguns tópicos no decorrer destas sessões (WAI-O 15).

Tabela 3

*Itens com maiores médias na subescala Tarefa na Etapa 1*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
33* - O processo da terapia não faz sentido para o cliente*.	5,50	6,50	5,87	,47
18 - Há clareza sobre o que o terapeuta quer que o cliente faça.	5,00	7,00	5,75	,86
15*- Há a percepção de que o que T e C estão fazendo na terapia não está relacionado com as preocupações atuais do C.	5,00	6,50	5,62	,75
24 - Há acordo sobre o que é importante o cliente trabalhar.	5,00	6,00	5,50	,40
13 - Há acordo sobre quais são as responsabilidades do cliente na terapia.	5,00	5,50	5,37	,25

*Nota.* \*Item invertido

\* No instrumento WAI-O, cliente refere-se ao paciente.

As médias encontradas na subescala Objetivo nessas sessões iniciais obteve oscilação em alguns itens conforme os resultados mostrados na Tabela 4 abaixo. Paciente e terapeuta colaboraram e concordaram uma com o outra (WAI-O 30), a dupla demonstrou um certo acordo em relação às questões pelo qual a paciente enfrentava (WAI-O 27), porém, houve oscilação nesse item, indicando uma possível dificuldade de ambas na compreensão das verdadeiras ideias sobre os problemas da paciente. Houve evidências de que a dupla estava fazendo progressos em relação aos objetivos através da discussão de tópicos importantes (WAI-O 22). A terapeuta manifestou compreensão das necessidades da paciente, porém, com dificuldade (WAI-O 6).

Tabela 4

*Itens com maiores médias na subescala Objetivo na Etapa 1*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
30 - Cliente e terapeuta colaboraram no estabelecimento dos objetivos da sessão.	5,00	5,50	5,37	,25
22 - Cliente e terapeuta estão trabalhando nas metas mutuamente acordadas.	5,00	5,50	5,37	,25
27* - O cliente e o terapeuta têm ideias diferentes sobre quais são os verdadeiros problemas do cliente.	4,50	6,00	5,25	,64
06 - Há uma percepção comum dos objetivos do cliente na terapia.	4,50	6,00	5,25	,64
09* - Não há a necessidade de esclarecer o propósito das sessões.	3,00	6,00	5,00	1,41

*Nota.* \*Item invertido

Os resultados das médias encontradas na subescala Vínculo (Tabela 5) na primeira etapa foram positivos, com mínima oscilação. A paciente se sentiu respeitada, cuidada e confortável (WAI-O 36) para verbalizar assuntos mais difíceis (WAI-O 1). Sinalizou também, satisfação a respeito das respostas da terapeuta (WAI-O 20), mas com alguma resistência inicial. A paciente também sentiu que a terapeuta estava envolvida com ela no processo, pois a mesma se mostrou atenciosa e afetiva (WAI-O

17). Durante nessa etapa, a dupla revelou evidências de que estavam prestando atenção uma na outra (WAI-O 19).

Tabela 5

*Itens com maiores médias na subescala Vínculo na Etapa 1*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
17 - O cliente está ciente de que o terapeuta está verdadeiramente preocupado com o seu bem-estar.	5,50	6,00	5,87	,25
36 - O cliente sente que o terapeuta respeita e se preocupa com ele, mesmo quando o cliente faz coisas que o terapeuta não aprova.	5,00	6,50	5,75	,64
19 - Existe respeito entre cliente e terapeuta.	5,50	6,00	5,75	,28
01* - Há uma sensação de desconforto no relacionamento.	5,00	6,00	5,62	,47
20* - O cliente sente que o terapeuta não é totalmente honesto sobre seus sentimentos com relação ao paciente.	4,50	6,00	5,50	,70

Nota. \*Item invertido

## **Etapa 2 do tratamento**

Conforme as anotações clínicas, na segunda etapa e referente às sessões S13, S16, S19 e S22, surgiram pela parte da paciente um desejo de maior autonomia e independência, especialmente com a entrada da mesma em uma universidade particular. Concomitante à essa mudança, a paciente também tomou a decisão de morar sozinha. Neste período, houve um maior entrosamento entre a dupla, ambas interagiram na discussão de vários assuntos e com maior profundidade, especialmente os relacionados aos aspectos da personalidade da paciente.

A segunda etapa do processo, as médias da Tarefa (Tabela 6) se mantiveram acima do valor de referência, apontado uma boa aliança terapêutica na subescala. Nessas sessões intermediárias, a paciente permaneceu discutindo os assuntos com pouca resistência, fez alguns progressos (WAI-O 11) e continuou demonstrando clareza a respeito do processo (WAI-O 33). A terapeuta questionou o que esperava da paciente (WAI-O 18), solicitou a exploração dos assuntos (WAI-O 24) e houve pouca necessidade de maiores esclarecimentos acerca das tarefas no tratamento (WAI-O 7).

Tabela 6

*Itens com maiores médias na subescala Tarefa na Etapa 2*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
18 - Há clareza sobre o que o terapeuta quer que o cliente faça.	5,50	7,00	6,25	,64
11* - Há uma percepção que o tempo da terapia não é gasto de forma eficiente.	5,50	7,00	6,12	,75
24 - Há acordo sobre o que é importante o cliente trabalhar.	5,00	6,50	5,75	,64
07* - Há uma confusão entre cliente e terapeuta sobre o que estão fazendo na terapia.	5,00	6,50	5,50	,70
33r - O processo da terapia não faz sentido para o cliente.	5,00	5,50	5,25	,28

*Nota.* \*Item invertido.

As médias da segunda etapa dos Objetivos (Tabela 7) foram boas, apontando que terapeuta e paciente revelaram evidências de que estavam discutindo tópicos importantes. Neste momento, a dupla revelou entendimento sobre a importância das metas (WAI-O 14), ambas colaboraram e concordaram uma com a outra nesse período (WAI-O 30). Existiram evidências de que estavam fazendo progressos em relação aos objetivos através da discussão de tópicos importantes (WAI-O 22). Nesta etapa, pode ter ocorrido explicações sobre o propósito das sessões, pela oscilação deste item, mesmo que a terapeuta e a paciente tenham trabalhado ativamente (WAI-O 9). A paciente, por sua vez, demonstrou certa dificuldade em se sentir confortável e em demonstrar suas ideias sobre o que esperar em termos de resultado da terapia (WAI-O 34), pela oscilação deste item.

Tabela 7

*Itens com maiores médias na subescala Objetivo na Etapa 2*

Itens WAI-O	Mín.	Máx.	M	DP
30 - Cliente e terapeuta colaboraram no estabelecimento dos objetivos da sessão.	5,00	6,00	5,50	,40
22 - Cliente e terapeuta estão trabalhando nas metas mutuamente acordadas.	5,00	5,50	5,37	,25
14 - Há uma percepção comum de que os objetivos das sessões são importantes para o cliente.	5,00	5,50	5,37	,25
34* - O cliente não sabe o que esperar do resultado da terapia.	4,00	6,00	5,25	,86
09* - Não há a necessidade de esclarecer o propósito das sessões.	4,00	6,00	5,25	,95

*Nota.* \*Item invertido

As médias da segunda etapa referente a subescala Vínculo (Tabela 8) se mantiveram satisfatórias, indicando que a dupla continuou a mostrar evidências de que estava ligada uma a outra e que a paciente continuava sentindo que a terapeuta estava envolvida com ela no processo (WAI-O 19). A paciente se sentiu respeitada, cuidada e confortável no processo (WAI-O 36). Ambas demonstraram que estavam trabalhando em comunicação eficiente e calorosa uma com a outra (WAI-O 5), e a terapeuta se revelou empática e encorajadora na maior parte do tempo (WAI-O 8).

Este período foi marcado por um desejo e realização de maior autonomia através do ingresso na universidade e na decisão de morar sozinha.

Tabela 8

*Itens com maiores médias na subescala Vínculo na Etapa 2*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
19 - Existe respeito entre cliente e terapeuta.	6,00	7,00	6,37	,47
17 - O cliente está ciente de que o terapeuta está verdadeiramente preocupado com o seu bem-estar.	6,00	6,00	6,00	,00
36 - O cliente sente que o terapeuta respeita e se preocupa com ele, mesmo quando o cliente faz coisas que o terapeuta não aprova.	5,50	6,00	5,87	,25
05 - Há um bom entendimento entre o cliente e o terapeuta.	5,50	6,00	5,87	,25
08 - Há simpatia entre terapeuta e cliente.	5,00	6,00	5,62	,47

### **Etapa 3 do tratamento**

De acordo com as anotações clínicas efetuadas da terceira etapa, essas últimas sessões revelaram que esta fase foi tumultuada, marcada por oscilações de humor e aumento de agressividade da paciente, que culminaram em um período de crise, no qual solicitou ajuda à sua terapeuta em função de pensamentos suicidas, ocorrendo a internação psiquiátrica da mesma. As dificuldades enfrentadas pelas mudanças de vida realizadas anteriormente evidenciaram seus conflitos internos, culminando em um episódio depressivo importante.

Essa etapa apesar de se caracterizar por um período de maior tensão na psicoterapia, as médias da subescala Tarefa (Tabela 9) se mantiveram acima do valor de

referência nas últimas sessões do tratamento. A paciente permaneceu discutindo os assuntos (WAI-O 11) e aceitando o processo (WAI-O 33); centrando-se nas questões atuais (WAI-O 15). A terapeuta indicou ter um foco definido de trabalho (WAI-O 18) e ambas estavam cientes de seu papel (WAI-O 07).

Tabela 9

*Itens com maiores médias na subescala Tarefa na Etapa 3*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
15* - Há a percepção de que o que terapeuta e cliente estão fazendo na terapia não está relacionado com as preocupações atuais do cliente.	5,50	6,50	6,00	,40
11* - Há uma percepção que o tempo da terapia não é gasto de forma eficiente.	5,50	6,50	6,00	,40
18 - Há clareza sobre o que o terapeuta quer que o cliente faça.	5,50	6,50	5,87	,47
07* - Há uma confusão entre cliente e terapeuta sobre o que estão fazendo na terapia.	5,00	6,00	5,25	,50
33* - O processo da terapia não faz sentido para o cliente.	5,00	5,50	5,12	,25

Nota. \*Item invertido.

Na terceira etapa, a subescala Objetivo (Tabela 10), indicou que a dupla mostrou em alguns momentos dificuldades no entendimento sobre as dificuldades da paciente, o que influenciou na concordância entre o que deveria ser realizado em termos de metas (WAI-O 22 e WAI-O 27). A terapeuta compreendeu as necessidades da paciente (WAI-O 6) e ambas pareciam entender a importância das metas. Porém, os resultados das médias apontaram que assuntos não fluíram o tempo todo paciente e terapeuta não demonstraram estar muito de acordo em relação às questões que a paciente enfrentava.

Tabela 10

*Itens com maiores médias na subescala Objetivo na Etapa 3*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
30 - Cliente e terapeuta colaboraram no estabelecimento dos objetivos da sessão.	5,00	5,50	5,25	,28
06 - Há uma percepção comum dos objetivos do cliente na terapia.	5,00	5,50	5,12	,25
14 - Há uma percepção comum de que os objetivos das sessões são importantes para o cliente.	4,50	5,50	5,00	,40
27*- O cliente e o terapeuta têm ideias diferentes sobre quais são os verdadeiros problemas do cliente.	3,00	6,00	4,87	1,31
22 - Cliente e terapeuta estão trabalhando nas metas mutuamente acordadas.	4,00	5,50	4,87	,62

Nota. \*Item invertido.

A médias da terceira etapa da subescala Vínculo (Tabela 11) foram boas, apesar da oscilação encontrada em alguns itens. Porém, a subescala Vínculo se salientou e ganhou destaque neste processo psicoterápico, indicando que ao longo do tratamento essa subescala foi a que apresentou maior estabilidade dos valores indicadores de uma boa Aliança Terapêutica. Nessas sessões, a paciente esteve segura na relação, sentiu-se respeitada (WAI-O 36), cuidada, confortável (WAI-O 20) e não julgada (WAI-O 29). Todos esses sentimentos foram despertados, pois mostrou-se satisfeita em relação às respostas efetuadas pela terapeuta. Os dados também mostraram que a paciente observou que a sua terapeuta estava envolvida (WAI-O 17) com ela, e que essa permaneceu atenciosa, empática, afetiva (WAI-O 08) e encorajadora até as últimas sessões.

Tabela 11

*Itens com maiores médias na subescala Vínculo na Etapa 3*

Itens WAI-O	Min.	Máx.	M	DP
36 - O cliente sente que o terapeuta respeita e se preocupa com ele, mesmo quando o cliente faz coisas que o terapeuta não aprova.	5,00	6,00	5,50	,40
29* - O cliente teme que, se ele disser ou fizer coisas erradas o terapeuta irá parar de trabalhar com ele.	4,50	6,00	5,50	,70
17 - O cliente está ciente de que o terapeuta está verdadeiramente preocupado com o seu bem-estar.	5,00	6,00	5,37	,47
20* - O cliente sente que o terapeuta não é totalmente honesto sobre seus sentimentos com relação ao paciente.	4,50	6,00	5,25	,64
08 - Há simpatia entre terapeuta e cliente.	5,00	5,50	5,12	,25

*Nota.* \*Item invertido.

## Discussão

Este estudo buscou avaliar a Aliança Terapêutica no processo de psicoterapia de uma jovem paciente diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline*. Pesquisadores como Hersoug, Hoglend, Havik e Monsen (2010) utilizaram o WAI e verificaram que os pacientes mais graves experimentam com maior facilidade uma queda ou declínio na Aliança Terapêutica, confirmando assim as rupturas, abandonos e pouca aderência desses nos tratamentos. Pacientes com Transtorno de Personalidade

*Borderline* geralmente apresentam essas e outras dificuldades no desenvolvimento e na manutenção dos seus relacionamentos, especialmente devido a sua psicopatologia e, por conseguinte, se mantêm menos nos tratamentos (Richardson-Vejlgaard, Broudy, Brodsky, Fertuck, & Stanley, 2013). Porém, nesta pesquisa identificou-se justamente o contrário, ocorrendo adesão e permanência da paciente ao longo da psicoterapia. Desta forma, os resultados indicam que, apesar de alguns momentos da psicoterapia caracterizarem situações de maior vulnerabilidade, manteve-se uma boa Aliança Terapêutica entre paciente e terapeuta.

Através da avaliação do WAI-O observou-se que as médias das subescalas Tarefa e Objetivo oscilaram em algumas sessões, revelando que a paciente apresentou algumas dificuldades na compreensão das atividades acordadas e nos objetivos do tratamento. Entretanto, a subescala Vínculo manteve-se estável, indicando que a ligação entre a dupla foi satisfatória ao longo da psicoterapia. Esta característica aponta para a relevância que o vínculo assumiu na adesão e permanência da paciente ao longo do tratamento.

Os resultados relacionados à Tarefa, subescala que compreende as atividades desenvolvidas na sessão entre a dupla paciente-terapeuta em termos de contrato, regras pré-estabelecidas no tratamento, bem como: horário, frequência, papéis de cada um, honorários, férias, entre outros; mostraram que a dupla se manteve dentro do *setting* terapêutico na maior parte das sessões. Entretanto, em alguns momentos houve dificuldades na manutenção desse acordo. Nas primeiras quatro sessões, a paciente pareceu estar muito à vontade com a terapeuta, pois verbalizou com muita facilidade situações do passado, fatos marcantes e segredos relacionados aos seus progenitores. As sessões evoluíram e indicaram maior intimidade entre a dupla, e, em alguns momentos, houve indícios de maior resistência no trabalho da dupla. Nas sessões correspondentes à

segunda etapa, a paciente pareceu estar totalmente envolvida com o processo, verbalizou com maior profundidade aspectos da sua personalidade, manifestou maior contato com seus afetos e fez o uso da reflexão nessas sessões. Entretanto, os resultados também apontaram para o crescimento de uma resistência. Já na terceira etapa, a manutenção da colaboração em relação ao que deveria ser realizado no trabalho terapêutico pode ter sido influenciada pela oscilação de humor e da crescente agressividade da paciente em relação à terapeuta.

A avaliação da Aliança Terapêutica ao longo das sessões, na subescala Objetivo, comprovam que essa subescala obteve maior oscilação no tratamento e apontando maiores dificuldades entre a dupla na compreensão dos objetivos do tratamento. Nas primeiras quatro sessões ocorreram diferenças nas ideias e na percepção da dupla perante os objetivos do tratamento que, entretanto, na segunda etapa, ambas estavam em acordo no trabalho. Na terceira etapa os dados apontaram que a paciente e a terapeuta não trabalharam em metas acordadas.

A terceira etapa do tratamento, foram marcadas por muitas oscilações. Em síntese, foram nestas sessões que ocorreram momentos de maior contato da paciente com os seus aspectos internos desintegrados e não suportando tal conhecimento, ela se desorganizou e solicitou uma internação hospitalar. A paciente revelou maior introspecção, humor deprimido e um aumento na agressividade, especialmente dirigidos à terapeuta. Durante essa etapa ocorreu período de internação, o qual durou cerca de trinta dias, e a paciente teve atendimento psicoterápico. Após a sua alta, retornou à psicoterapia no consultório e manteve, assim, a frequência no atendimento sem indícios de ruptura.

O consenso nos objetivos e a colaboração entre o paciente e o terapeuta são importantes para os resultados em psicoterapia. Assim, uma forte Aliança Terapêutica,

em relação aos objetivos, pode proporcionar um ambiente colaborativo e seguro para os pacientes e terapeutas realizarem este trabalho em termos de progressos e em direção às metas de tratamento (Owen & Hilsenroth, 2011). Nesse sentido, a análise das etapas em relação aos objetivos da psicoterapia e à capacidade da dupla em manter o trabalho terapêutico foi influenciada pela conflitiva da paciente em decorrência das oscilações afetivas, as idealizações e ataques à terapeuta.

Todavia, apesar das possibilidades de ruptura identificadas nesses momentos, o vínculo terapêutico proporcionou à paciente aderir, permanecer e, especialmente, solicitar ajuda através de uma internação hospitalar. Nas três etapas do processo de tratamento, a subescala Vínculo se manteve acima do valor de referência, e apontou uma boa relação estabelecida entre a dupla.

Conforme apontam alguns estudos de Nissen-Lie, Havik, Hoglend, Monsen e Ronnestad (2013), a pessoa do terapeuta é muito importante para o processo e especialmente para o resultado de uma psicoterapia. Mencionam, inclusive, que a pessoa do terapeuta muitas vezes se faz presente no processo de tratamento do paciente. Patterson, Anderson e Wei (2014) referem, quando o paciente sente que ambos estão entrosados e responsáveis no processo da psicoterapia, o terapeuta pode manejar em direção à uma boa Aliança Terapêutica.

O desenvolvimento de uma boa Aliança Terapêutica na abordagem psicodinâmica revela a presença de fatores da dupla, e que influenciam diretamente na construção e manutenção da Aliança Terapêutica ao longo de um tratamento (Owen & Hilsenroth, 2011; Richardson-Vejlgaard et al., 2013). Observou-se que apesar das manifestações hostis e agressivas dirigidas à terapeuta, na terceira etapa do tratamento, a paciente nos remeteu a uma suposição de que houve um manejo contratransferencial adequado para esta paciente *borderline* (Wheelis & Gunderson, 1998). Trabalhar os

sentimentos agressivos e os aspectos mais primitivos de um paciente se tornam um desafio técnico para qualquer terapeuta. Entretanto, delimitar fronteiras, determinar limites, trabalhar no enfrentamento de sentimentos hostis como a raiva e o possível suicídio, são questões pertinentes na psicoterapia com pacientes *borderline* e necessários para que se estabeleça uma boa Aliança Terapêutica.

Para a psicanálise, os vínculos adquirem muita importância, pois são por meio das primeiras relações de objeto que o sujeito aprenderá e internalizará seus modelos objetivos e padrões de relacionamento e, que posteriormente reproduzirá no *setting* através da transferência. O analista (ou terapeuta) será para o seu paciente um continente, ou seja, através da *revéris* ele desenvolverá uma função alfa, que tem como objetivo acolher, conter, nomear e decodificar os aspectos mais primitivos, projetivos, brutos, fragmentados e desorganizados desse paciente (Zimmerman, 2009).

O terapeuta desenvolverá com o paciente grave e de funcionamento mais primitivo, um papel muito parecido com o que a mãe faz com seu bebê, ou seja, em primeiro lugar irá acolher todo o sofrimento que o lactente direcionar para seu cuidador e, posteriormente, buscará metabolizar, traduzir e dar um novo significado, devolvendo assim, algo transformado para o mesmo.

Portanto, o terapeuta é a pessoa com quem o paciente irá desenvolver um novo modelo de relação, um novo vínculo, que tem como objetivo na prática clínica ser algo diferente, ser uma nova vivência. Esse profissional, que independente de sua abordagem teórica, é alguém que precisará estar, acima de tudo, disponível a outro ser humano, na sua escuta, no acolhimento e especialmente engajado no processo desta relação. Essas questões, ainda que não investigadas neste estudo, sinalizam a importância de desenvolver investigações que justamente focalizem o processo terapêutico. Dessa forma, é possível desenvolver uma compreensão dos aspectos da interação entre

paciente e terapeuta de forma mais aprofundada.

### **Considerações Finais**

A escuta empática e tranquila, a aceitação não crítica, sensibilidade aos sentimentos e afetividade do paciente são algumas características essenciais para o atendimento de casos graves. Esses casos caracterizam-se por serem extremamente sensíveis aos movimentos advindos do terapeuta e especialmente da relação que ambos estabelecerão no *setting* terapêutico.

Neste trabalho, observou-se que apesar das vivências que poderiam acarretar na ruptura da Aliança Terapêutica, como a agressividade direcionada à terapeuta, as constantes oscilações de humor, a impulsividade, os sentimentos de raiva, o comportamento suicida, entre outros, a paciente permaneceu em psicoterapia. A análise dos resultados indicou que o vínculo se destacou e se manteve no decorrer de todo o processo da psicoterapia, revelando assim, que a ligação entre paciente e terapeuta teve muita importância na aderência e permanência dessa paciente grave em tratamento, do que somente a técnica propriamente dita, que engloba as tarefas e os objetivos do mesmo. Esse aspecto aponta para a importância de estudos envolvendo a compreensão do processo psicoterápico a fim de identificar os ingredientes ativos na manutenção e aderência ao tratamento.

Assim, apesar deste estudo se basear na análise de caso único, salienta-se que os terapeutas, especialmente os iniciantes na trajetória da prática da psicoterapia, estejam em permanente atenção às diversas oscilações desses pacientes, que apresentam um funcionamento psíquico mais primitivo. A contratransferência do terapeuta se faz muito importante nesse processo, pois constantemente eles acionam muitos sentimentos negativos no terapeuta, que muitas vezes emergem da sua psicopatologia.

### **Limites do estudo**

Neste estudo verificou-se que a avaliação da Aliança Terapêutica realizada por observador-pesquisador tem limitações, uma vez que foram mencionados poucos dados, especialmente os clínicos, relacionados à paciente e à interação da dupla. As sessões de vídeo gravadas do processo dessa psicoterapia de alguma forma não capturaram a imagem do terapeuta, deixando de fora o não-verbal e muito do que provém do mesmo, já que a Aliança Terapêutica engloba a dupla em ação e no processo de um tratamento.

Os pesquisadores permanecem com a tarefa de continuarem na incessante busca de investigações capazes de explicar, com suas limitações, os fenômenos existentes no *setting* terapêutico através da união dos dados empíricos com a prática da psicoterapia.

### **Referências**

- Alves, L. C. (2013). *Mudança e Aliança terapêutica: Impacto da Psicoterapia em Jovens Adultos*. Dissertação de Mestrado. ISPA (Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida), Lisboa, Portugal.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM-IV-TR. (4. ed. rev.) Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. DSM-V. (5. ed.) Porto Alegre: Artmed
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 400-412. doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.004
- Ben-Porath, D. D. (2004). Strategies for securing commitment to treatment from

- individuals diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 247-263. doi: 10.1023/B:JOCP.0000036633.76742.0b
- Bizzi, I. Z. (2010). A clínica borderline: da psicopatologia às configurações do campo analítico. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 17(1), 151-172.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: Implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.471.6436&rep=rep1&type=pdf>
- Etchevers, M., González, M. M., Sacchetta, L. M., Iacoponi, C., Muzzio, G. & Miceli, C. M. (2010). Relación Terapéutica: Su importancia en la psicoterapia. In *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.academica.com/000-031/197>
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 145-159. doi: 10.1348/147608309X471497
- Hicks, A. L., Deane, F. P., & Crowe, T. P. (2012). Change in working alliance and recovery in severe mental illness: An exploratory study. *Journal of Mental Health*, 21(2), 127-134. doi: 10.3109/09638237.2011.621469
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2013). Mudança em psicoterapia: Indicadores

- genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(4), 589-597. doi: 10.1590/S1413-294X2013000400006
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons
- Jimenez, X. F. (2013). Patients with Borderline Personality disorder who are chronically suicidal: therapeutic alliance and therapeutic limits. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 185-201. Recuperado de [researchgate.net/publication/255174172\\_Patients\\_with\\_borderline\\_personality\\_disorder\\_who\\_are\\_chronically\\_suicidal\\_Therapeutic\\_alliance\\_and\\_therapeutic\\_limits](https://www.researchgate.net/publication/255174172_Patients_with_borderline_personality_disorder_who_are_chronically_suicidal_Therapeutic_alliance_and_therapeutic_limits)
- Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2010). Conflict begets conflict: executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline disorder. *Psychotherapy Research*, 20(4), 413-422. doi: 10.1080/10503301003636696
- Marcolino, J. A. M., & Iacopini, E. (2003). O impacto inicial da aliança terapêutica em psicoterapia psicodinâmica breve. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86. doi: 10.1590/S1516-44462003000200006
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Hoglend, P. A., Monsen, J. T., & Ronnestad, M. H. (2013). The Contribution of the Quality of Therapists' Personal Lives to the Development of the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4),

483-495. doi: 10.1037/a0033643

- Owen, J., & Hillsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *The journal of nervous and mental disease, 199*(6), 384-389. doi: 10.1097/NMD.0b013e31821cd28a
- Patterson, C. L., Anderson, T., & Wei, C. (2014). Client's pretreatment role expectations, the therapeutic alliance, and clinical outcomes in outpatient therapy. *Journal of Clinical Psychology, 70*(7), 673-680. doi: 10.1002/jclp.22054
- Peres, R. S. (2009). Aliança Terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia (Campinas), 26*(3), 383-389. doi: 10.1590/S0103-166X2009000300011
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2004). Relação terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6*(2), 201-209. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452004000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Price, P. B., & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(3), 392-404. doi: 10.1037/h0087654
- Richardson-Vejlgaard, R., Broudy, C., Brodsky, B., Fertuck, E., & Stanley, B. (2013). Predictors of psychotherapy alliance in Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Research, 23*(5), 539-545. doi: 10.1080/10503307.2013.801001
- Schechter, M., Goldblatt, M., & Maltzberger, J. T. (2013). The therapeutic alliance and suicide: When words are not enough. *British Journal of Psychotherapy, 29*(3), 315-328. doi: 10.1111/bjp.12039
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da*

*SOCERJ*, 20(5), 383-386. Recuperado de [http://unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/o\\_estudo\\_de\\_caso\\_como\\_modalidade\\_de\\_pesquisa.pdf](http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf)

- Wasserman, R. H. (2011). *The role of working alliance in the treatment of borderline personality disorder*. Tese de doutorado. The Pennsylvania State University.
- Wheelis, J., & Gunderson, J.G (1998). A Little Cream and Sugar. Psychotherapy with a *Borderline Patient*. *The American Journal of Psychiatry*, 155(1), 144-122. doi: 10.1176/ajp.155.1.114
- Zimerman, D. E (2009). *Bion: da Teoria à prática: Uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yin, R. K. (2001). *Estudos de caso: planejamento e métodos*. (2. ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança de processo em psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 305-316. doi: 10.1590/S0103-863X2008000200008

## Artigo II

### **Aliança Terapêutica de uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline* no processo de uma psicoterapia**

#### **Resumo**

Este trabalho tem como objetivo investigar o processo de psicoterapia de uma jovem diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline* e compreender a construção da Aliança Terapêutica por meio da correlação PQS (*Psychotherapy Process Q-Set*) com o WAI-O (*Working Alliance Inventory, Observer Form*). Trata-se de um estudo de caso sistemático que, do total de 34 sessões gravadas em vídeo e correspondentes ao período de seis meses de psicoterapia, 12 delas foram divididas e analisadas em três etapas do tratamento. Juízes independentes e treinados na metodologia dos instrumentos codificaram os dados e efetuaram anotações clínicas e narrativas do processo, fornecendo os dados qualitativos ao estudo. Em relação ao PQS, foram gerados cálculos das médias e do desvio padrão dos itens, identificando-se os aspectos mais salientes do terapeuta, do paciente e da interação entre eles nas três etapas do tratamento. Posteriormente, foram efetuadas as análises dos cálculos de média e desvio-padrão dos itens do WAI-O no processo geral do tratamento e, logo após, os itens do PQS (Terapeuta, Paciente e Interação) foram correlacionados com as subescalas do WAI-O (Objetivo, Tarefa e Vínculo). Os resultados apontaram correlações negativas e positivas ao longo do processo, destacando que a construção da Aliança Terapêutica possui relação direta com a postura empática, sensível e afinada da terapeuta.

*Palavras-chave:* aliança terapêutica; processo psicoterapêutico; *borderline*.

## **The Therapeutic Alliance of a diagnosed Borderline Personality Disorder patient in a Psychotherapy Process**

### **Abstract**

This paper aims to investigate the psychotherapy process of a young woman diagnosed with Borderline Personality Disorder and understand the construction of the Therapeutic Alliance through the correlation between PQS (Psychotherapy Process Q-Set) with WAI-O (Working Alliance Inventory, Observer Form). It is a systematic case study, from a total of 34-videotaped sessions corresponding to a 6-month period of psychotherapy, 12 of them were divided and analyzed in three stages of the treatment. Independent judges, trained in the methodology of instruments, encoded data, wrote clinical notes and narrative of the process, providing the qualitative data to the study. Regarding PQS, mean calculations and standard deviation of the items were generated, identifying the salient features of the therapist, the patient and the interaction between them in the three stages of treatment. Later, analysis of the mean and standard deviation of the WAI-O items of the overall treatment process were done, and soon after the items of the PQS (Therapist, Patient and Interaction) were correlated with the subscales of WAI-O (Goal, Task, and Bond). Results showed positive and negative correlations in the process, stressing the construction of the therapeutic alliance has a direct relationship with the empathic, sensitive and attuned attitude of the therapist.

*Keywords:* therapeutic alliance; psychotherapeutic process; borderline.

## Introdução

A definição de Aliança Terapêutica, de acordo com o modelo pan-teórico de Bordin (1979), compreende a colaboração mútua entre o paciente e o terapeuta, por meio dos componentes de acordo nos objetivos psicoterapêuticos; nas tarefas para alcançá-los; e no desenvolvimento de uma ligação entre a dupla. Assim, a ligação com o outro diz respeito ao componente afetivo da aliança, incluindo confiança mútua, aceitação e confiança; o acordo sobre as metas visa endossar objetivos mutuamente acordados – que são o alvo do tratamento – enquanto o acordo sobre as tarefas concerne às atividades da psicoterapia, em que a dupla se engaja para realizar mudanças (Wiseman, Tishby, & Barber, 2012).

Ao longo das investigações sobre a eficácia e a efetividade das psicoterapias em distintas abordagens teóricas, o desenvolvimento da Aliança Terapêutica tem sido apontado como um importante fator comum associado aos resultados das psicoterapias (Howarth, Del Re, Fluckinger, & Symonds, 2011). Nesse sentido, o estudo do desenvolvimento e da manutenção da Aliança Terapêutica, bem como das situações de ruptura, têm sido foco de investigações.

O estudo longitudinal de Coutinho, Ribeiro, Sousa e Safran (2014) buscou avaliar a Aliança Terapêutica e suas possíveis rupturas com uma amostra de 38 duplas terapêuticas de pacientes diagnosticados com transtornos do Eixo I, como depressão e ansiedade, e com pacientes graves do Eixo II, com Transtornos de Personalidade do Cluster B e C em psicoterapia cognitiva comportamental. Para avaliar a Aliança Terapêutica foi aplicado o instrumento *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1989) na versão paciente no final de cada sessão. Posteriormente, seis juízes treinados na utilização do WAI na versão observador também verificaram e analisaram um total de 201 vídeos de sessões. Os resultados mostraram que os pacientes que

apresentavam os transtornos clínicos iniciavam o tratamento com um índice menor de Aliança Terapêutica, que aumentava no decorrer do processo, enquanto os pacientes ditos graves revelavam no início do tratamento um índice menor de aliança, que diminuía no decorrer da psicoterapia. Nessa pesquisa, comprovou-se a dificuldade existente na manutenção da Aliança Terapêutica com pacientes graves. Além disso, demonstrou que, usualmente, há interrupção e abandono destes diante dos tratamentos.

Na perspectiva da teoria psicanalítica, Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr e Appelbaum (1991) compreendem as dificuldades dos transtornos graves de personalidade, tal como o *borderline* associado a um funcionamento intrapsíquico com características patológicas primitivas, que difere de uma organização neurótica, por meio da natureza dos conflitos e das condições estruturais. Na organização *borderline* de personalidade, os conflitos são expressos em estados de ego dissociados e clivados, nos quais os mecanismos de defesas segregam aspectos contraditórios, de relações objetais e das instâncias psíquicas ego, id e superego. Essas relações, por sua vez, se manifestam conseqüentemente na transferência, entre o paciente e o terapeuta, como estados caóticos pela combinação das representações primitivas de self, objeto e afeto (Kernberg em al., 1991). Em consequência, os vínculos transferenciais e contratransferenciais presentes no processo de uma psicoterapia revelam a tendência oscilatória, impulsiva e, na maioria das vezes, destrutiva desses pacientes (Bizzi, 2010). Portanto, avaliações positivas da Aliança Terapêutica na fase inicial dos tratamentos de pacientes com Transtornos de Personalidade *Borderline* não são tão frequentes. Ao contrário, indicam risco de resultados negativos e de abandonos ao tratamento (Spinhoven, Giesen-Bloo, Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007).

Baseados nisso, autores como Owen e Hilsenroth (2011) recomendam a melhor compreensão sobre os fatores associados à manutenção do vínculo psicoterapêutico nos

tratamentos com pacientes com transtornos graves de personalidade, que deve constituir foco de estudo e de aprofundada investigação. Nesse sentido, são poucos os estudos que se dedicam a avaliar a Aliança Terapêutica especificamente com essa população (Levy, Beeney, Wasserman, & Clarkin, 2010) e principalmente delineados sob a ótica de investigação das características do processo psicoterápico.

### **Pesquisas de processo em psicoterapia com pacientes *borderline***

As pesquisas de processo em psicoterapia surgem com o objetivo de explicar os fenômenos presentes em um *setting* terapêutico, a fim de promover maior aproximação do campo da pesquisa com a prática clínica, que então seguiam caminhos distintos na compreensão dos fenômenos clínicos (Elliott, 2012). Assim, os estudos de processo em psicoterapia permitem a identificação de mecanismos subjacentes em ação (Yoshida, 1998), considerando variáveis provenientes do paciente, do terapeuta e das suas interações dentro do contexto clínico (Yoshida, 2008). Por meio do exame destas variáveis complexas, multifacetadas e contextualizadas (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011) é que as pesquisas em psicoterapia se dispõem à contribuição científica. Além disso, o estudo minucioso do processo possibilita a geração e a avaliação de modelos explicativos de ação terapêutica (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007).

Autores como Orlinsky, Ronnestad e Willutzki (2004) mencionam que o processo de uma psicoterapia pode ser melhor entendido na contemplação de seis categorias: o contrato terapêutico; as operações da psicoterapia; o vínculo; os aspectos intrapessoais (que diz respeito à perspectiva das experiências pessoais da dupla); o impacto das sessões (os aspectos clínicos da psicoterapia relativos à interação estabelecida nas sessões); e os padrões temporais.

Dentre os aspectos presentes no processo de uma psicoterapia, a Aliança

Terapêutica pode ser compreendida como um fator comum nos tratamentos e independe da abordagem teórica utilizada. Um estudo proposto por Price e Jones (1998) investigou a correlação entre a Aliança Terapêutica e o componente de mudança no processo de uma psicoterapia através de trinta casos de pacientes com diversos transtornos neuróticos como depressão, distímia e transtorno de ansiedade generalizada que foram atendidos na abordagem da psicoterapia psicodinâmica breve. Os dados foram avaliados a partir da perspectiva do terapeuta, do paciente e do observador por meio da avaliação da aliança no processo. Foram utilizadas as sessões 5 e 14, do total de 60 sessões, avaliando-se a correlação dos instrumentos, entre eles o *Psychotherapy Process Q-Set* ([PQS] Jones, Cummino, & Horowitz, 1988) e o *California Psychotherapy Alliance Scale* ([CALPAS], Marmar, Gaston, Gallagher, & Thompson, 1989). O PQS é um instrumento que avalia o que ocorre dentro do processo de uma sessão. O CALPAS, por sua vez, avalia a Aliança Terapêutica por meio de duas escalas, avaliando as contribuições do paciente, os aspectos da interação e as contribuições do terapeuta. Os resultados desse estudo indicaram que a interação entre paciente-terapeuta desempenha um papel fundamental e decisivo na construção da Aliança Terapêutica.

Outro aspecto investigado em relação ao processo foi o estudo proposto por Lingiardi e Colli (2011) sobre a relação existente entre a profundidade da elaboração do material clínico na sessão com o desenvolvimento da Aliança Terapêutica, juntamente com as dimensões do processo de psicoterapia. Sessenta sessões de psicoterapia gravadas em vídeo e posteriormente transcritas foram avaliadas por juízes externos, utilizando-se do PQS, do WAI-O e de uma Escala de Profundidade da elaboração na sessão ([*SEQ-D*], Stiles & Snow, 1984). Os resultados desse estudo apontaram que existiu uma correlação positiva e significativa entre a profundidade de elaboração, a Aliança Terapêutica e algumas variáveis do processo. Indicaram, também, a

importância das intervenções do terapeuta e o efeito que elas produzem no paciente.

Estudos sobre o processo terapêutico permitem, portanto, maior compreensão acerca dos fenômenos presentes no *setting* terapêutico (Elliott, 2012) e, por isso, o exame minucioso de variáveis complexas e multifacetadas (Serralta et al., 2011) das pesquisas em psicoterapia se dispõem à contribuição científica. Assim, pesquisas com pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline* se tornam relevantes devido às constantes situações de crises, vulnerabilidade, interrupções precoces, rupturas e abandonos. São pacientes que manifestam dificuldades em se vincular, além de oscilações frequentes e, geralmente, despertam sentimentos negativos, como rechaço e raiva do terapeuta. Por isso, situações de ameaças ao processo do tratamento ocorrem com frequência na prática clínica com pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline*. Deste modo, é importante investigar o processo de tratamento de pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* para compreender os fenômenos presentes no processo da psicoterapia.

### **Objetivo Geral**

Investigar a construção da Aliança Terapêutica no processo de psicoterapia de uma jovem diagnosticada com transtorno de Personalidade *Borderline*

### **Objetivos Específicos**

Avaliar o processo psicoterapêutico, identificando as variáveis relativas às características do paciente, do terapeuta e da interação entre eles ao longo das sessões de psicoterapia.

Associar os itens de processo psicoterápico com as subescalas da Aliança Terapêutica, ao longo das sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica,

considerando-se assim as características do Vínculo, do Objetivo e da Tarefa.

## **Método**

### **Delineamento**

O artigo consiste em um estudo misto com delineamento de caso sistemático. No estudo de caso sistemático, compreendem-se os fatores que levam à mudança dentro do contexto clínico, considerando o rigor metodológico da pesquisa empírica (Edwards, 2007).

Por meio de medidas subjetivas e empíricas, busca-se o entendimento do fenômeno investigado (Ventura, 2007; Yin, 2001). Para maior captura do mesmo, utiliza-se uma nova tecnologia para a coleta de dados, na qual as sessões de psicoterapia são gravadas em vídeo ou áudio (Serralta et al., 2011) e têm como principal finalidade compreender em maior profundidade os fatores presentes e que contribuem para a ocorrência de uma mudança no processo de uma psicoterapia (Yoshida, 2008). Em síntese, trata-se de uma metodologia que focaliza os processos e que, posteriormente, são inter-relacionados com a intenção de testar hipóteses ou de gerar explicações a serem testadas ou confirmadas.

### **Participantes**

#### **Paciente**

O caso em estudo é o de uma jovem de 18 anos que buscou tratamento em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre/RS. Os procedimentos da clínica incluem: uma avaliação em uma consulta que recebe o nome de triagem com um psicólogo treinado e, após este contato inicial e ocorrendo a indicação para o tratamento, o paciente é encaminhado para a psicoterapia e/ou avaliação psiquiátrica.

Nesta primeira entrevista – triagem –, a paciente apresentava as seguintes queixas: crises de choro, várias tentativas de cortar-se e um histórico de tratamentos interrompidos e com abandonos precoces. Após realizada a triagem, a paciente foi encaminhada para a psicoterapia individual de orientação psicanalítica e complementar a esta, também para uma avaliação psiquiátrica. O diagnóstico realizado pelo psiquiatra durante esta etapa inicial do tratamento psicoterápico foi efetivado por meio do modelo proposto para diagnóstico multiaxial do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), que diagnosticou o Transtorno de Personalidade *Borderline*.

As sessões de psicoterapia ocorreram no consultório da terapeuta, em horários agendados, conforme acordo entre paciente e terapeuta, e foram marcadas por oscilações da paciente, aproximações constantes da terapeuta, muitas ameaças ao vínculo estabelecido pela dupla e, por fim, culminaram na internação psiquiátrica da paciente.

No início da psicoterapia, como critério de inclusão e de confirmação do diagnóstico da paciente, foi aplicado o Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP 200). Esse método corresponde a um instrumento de 200 itens preenchidos pela terapeuta e que colabora para sustentar o diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Este instrumento consta no Apêndice B para maiores informações.

### **Terapeuta**

A terapeuta do presente caso, que não se trata da pesquisadora, tem 33 anos, possui especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica em uma instituição local, cujo modelo de formação se estrutura na seguinte tríplice: seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal. Possui experiência em atendimento psicoterápico e com pacientes graves há aproximadamente dez anos.

## **Instrumentos**

### ***Working Alliance Inventory (WAI-O) – Observer Form***

O WAI-O (Apêndice C) é considerado um instrumento que pode ser utilizado para avaliar a Aliança Terapêutica independentemente da abordagem teórica do estudo. O WAI está disponível em três versões, sendo elas: cliente, terapeuta e observador. Foi elaborado por Horvath e Greenberg, em 1986, e validado pelos mesmos pesquisadores em 1989. Trata-se de um instrumento composto por 36 itens divididos em três subescalas que medem: os Objetivos, que se caracterizam pela negociação e pelo entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da psicoterapia em termos de resultados; as Tarefas, que se referem às atividades específicas desenvolvidas pela dupla para instigar ou facilitar as mudanças; e o Vínculo, que diz respeito à ligação entre ambos e que se desenvolve na atividade compartilhada da psicoterapia. Essas subescalas são altamente correlacionadas (Horvath & Greenberg, 1989, Horvath, 1994), indicando que elas abordam aspectos da aliança que estão fortemente interligados.

O WAI-O foi desenvolvido baseado na versão do terapeuta (WAI-T) e cliente (WAI-C) e também pode ser encontrado na versão reduzida que contempla 12 itens.

O procedimento de utilização desse instrumento ocorre da seguinte maneira: no primeiro momento, dois juízes externos assistem à sessão de psicoterapia e, posteriormente, a codificam através da utilização do manual WAI-O. Nesse momento, ocorre a distribuição dos 36 itens em uma escala que tem variação entre os valores de 1 (que consiste em uma evidência muito forte contra) a 7 (que corresponde a uma evidência muito forte). Posteriormente, os escores dos dois juízes são correlacionados, sendo necessários valores de  $r \geq 0,7$ . Obtêm-se então as médias referentes às subescalas – Tarefa, Vínculo e Objetivo – para cada sessão e para o processo geral da psicoterapia.

Os valores médios iguais ou superiores a 5 são considerados como uma Aliança

Terapêutica satisfatória, positiva ou significativa (Wasserman, 2011). Conforme Horvath (1994), a confiabilidade do instrumento foi avaliada entre 0,84 a 0,93 e nas subescalas de 0,68 a 0,92 (Alpha de Cronbach).

### ***Psychotherapy Process Q-Set (PQS)***

O PQS (Apêndice D) é um instrumento baseado na metodologia Q-Sort. Sua validação no Brasil foi realizada por Serralta et al. (2007) e tem como objetivo permitir a compreensão de como ocorre a mudança durante o processo de uma psicoterapia, assinalando mecanismos de ação, advindos do terapeuta, do paciente e da interação entre eles. É formado por um conjunto de 100 itens que contemplam dimensões do processo como um todo, a saber: ações e atitudes do terapeuta, comportamentos, atitudes e experiências do paciente e aspectos que capturam a interação da díade. O procedimento de aplicação pode ser sintetizado da seguinte forma: após o exame da transcrição do material da sessão e a formulação inicial dos dados, os avaliadores (juízes externos) atribuem os 100 cartões em nove pilhas, variando-os num *continuum* que vai do menos característico (categoria 1) ao mais característico (categoria 9). Com o auxílio do manual que oferece a descrição com exemplo dos itens, o número de cartões em cada pilha é distribuído em conformidade com uma curva normal, variando de cinco cartões nos extremos a 18 cartões nas categorias do meio. Trata-se de uma distribuição forçada que faz com que os juízes busquem o melhor arranjo para descrever os fenômenos presentes no processo. Cabe salientar que a aplicação do PQS requer treinamento prévio e estudo cuidadoso do manual.

### **Anotações clínicas**

As anotações foram realizadas por juízes externos que, após a visualização das

sessões de psicoterapia, efetuaram as observações e as anotaram com fins de complementação aos dados empíricos encontrados.

### **Procedimentos Éticos**

O presente estudo está vinculado a um projeto de pesquisa mais amplo já em andamento (Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e avaliação do processo terapêutico), submetido e aprovado no Comitê de Ética da UNISINOS. A paciente e a terapeuta leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, fornecido pela pesquisadora coordenadora do projeto. O TCLE se encontra em poder da pesquisadora responsável, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Pereira da Cruz Benetti.

### **Procedimento de Coleta e Análise de Dados**

No presente artigo foram avaliadas 12 sessões, do total de 34, que marcam o período correspondente a seis meses de tratamento e que antecederam a uma internação psiquiátrica da paciente. Todas as sessões foram analisadas com fins de maior compreensão do estabelecimento e, especialmente, da manutenção da Aliança Terapêutica desta jovem paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline* no processo de uma psicoterapia.

Em relação à análise de dados do PQS, duplas de juízes externos e treinados na metodologia avaliaram as sessões de psicoterapia e codificaram o instrumento, sendo imprescindível que a correlação entre ambos fosse de, no mínimo,  $r > 0,7$ . Caso não fosse atingido o valor mínimo, um terceiro juiz se tornou necessário. Na primeira etapa, foram gerados os cálculos das médias e do desvio padrão dos itens do PQS, que apontaram os

cinco itens mais e os cinco itens menos característicos das sessões. Além dos dados quantitativos, essas médias também proporcionaram a construção de narrativas, que juntamente com as anotações clínicas, forneceram mais informações da paciente.

Posteriormente, foram efetuadas as análises dos cálculos de média e desvio-padrão das subescalas do WAI-O no processo geral do tratamento e, após isso, as categorias do processo PQS (Terapeuta, Paciente e Interação) foram analisadas com as subescalas do WAI-O (Objetivo, Tarefa e Vínculo), gerando correlações entre os itens. As análises das subescalas do WAI-O e dos itens do PQS no tratamento como um todo foram agrupadas em etapas devido às temáticas encontradas pelos juízes por meio das anotações clínicas. A primeira etapa do tratamento contemplou as sessões S1, S4, S7 e S10. A segunda agrupou as sessões S13, S16, S19, S22. Já a terceira e última etapa, que antecedeu à internação psiquiátrica da paciente, agregou as sessões S25, S28, S31 e S34.

Todas as análises foram realizadas através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22, no qual os resultados encontrados foram correlacionados através do teste de *Spearman*.

## **Resultados**

### **Caso Clínico**

Mariana<sup>†</sup> teve uma infância marcada por brigas frequentes entre seus pais. Ambos eram usuários de álcool. A mãe de Mariana havia sido adotada em função de problemas de alcoolismo da sua mãe biológica. O pai de Mariana, que já tinha outros filhos, ao tomar conhecimento da gravidez exigiu que a mãe de Mariana fizesse um aborto, o que não foi feito, e a gravidez foi levada adiante com muitas brigas.

---

<sup>†</sup> nome fictício

Verbalizou que o pai era uma pessoa “perturbada”, “psicopata” e possessiva.

Aos oito anos, a paciente passou a ter episódios graves de prisão de ventre e de terror noturno. Quando Mariana tinha 11 anos, seu pai morreu de infarto em função do diabetes e do alcoolismo. Nessa mesma época, a família paterna passou a não conviver mais com Mariana.

Na entrada da adolescência, aos 13 anos, a paciente namorou um jovem que tinha 20 anos a mais que ela. No namoro, ela começou a beber e teve suas primeiras experiências sexuais, basicamente, pré-genitais. Esse relacionamento durou em torno de um ano e, mesmo depois de finalizado, o rapaz a seguiu pela rua por alguns meses querendo retomar o relacionamento e a ameaçando.

O desempenho acadêmico de Mariana, a partir da entrada na adolescência, foi decaindo, com diversas trocas de escola. Seus relacionamentos interpessoais foram se restringindo e ela passou a ficar muito tempo em casa dormindo. Ela nega relacionamentos promíscuos.

Aos 20 anos, depois de passar por diversos terapeutas e iniciar diversas vezes tratamento medicamentoso, buscou atendimento na instituição em que a terapeuta trabalha. Essa decisão foi acompanhada de ameaças que também abandonaria o tratamento. Mariana foi encaminhada para psicoterapia individual e tratamento farmacológico, assim como convidada para participar da pesquisa deste PPG. Iniciou o tratamento em maio de 2013.

Em agosto de 2013, a mãe de Mariana comprou um apartamento para que ela pudesse morar sozinha perto da universidade em que começou a graduação. A compra e a mudança se deram em apenas duas semanas. Com o início das aulas, um novo período de desorganização ocorreu com aumento dos episódios de uso abusivo de álcool e automutilações, que culminaram em uma internação psiquiátrica depois de cortes muito

profundos nos braços. Isso se deu em novembro de 2013, perto do final das aulas. Mariana abandonou a graduação. A internação durou 21 dias, em uma clínica particular da cidade em que mora. A mãe estava muito resistente, mas depois do encaminhamento da terapeuta e do médico que a atendeu no Hospital de Pronto Socorro, onde suturaram seus cortes, ela foi internada na clínica psiquiátrica. Depois da internação seguiu em psicoterapia e em acompanhamento psiquiátrico.

### **Processo psicoterápico PQS**

A avaliação do processo psicoterapêutico incluiu a integração das anotações clínicas sobre as etapas das sessões de psicoterapia, seguidas das narrativas das variáveis acerca das características do paciente, do terapeuta e da interação entre ambos avaliadas pelo PQS. Para ilustração de uma síntese do processo, são apresentadas as análises dos cinco itens mais e os cinco menos relevantes do PQS nas Etapas 1, 2 e 3 do tratamento.

#### **Etapa 1**

Por meio das anotações clínicas efetuadas pelos juízes das sessões, foram encontradas as seguintes temáticas nesta etapa: a paciente forneceu informações mais detalhadas a respeito de si e da sua família, especialmente relacionadas aos seus progenitores. Os relacionamentos no geral e com os seus pais foram tópicos de discussão e, no final dessas primeiras sessões, observou-se que a transferência com a terapeuta se fortaleceu e, inclusive, serviu como foco de discussão entre a dupla.

Na Etapa 1 do tratamento, conforme Tabela 1, a paciente se mostrou introspectiva (PQS97) e comprometida com o processo, porém, não manifestou passividade (PQS15) e não revelou estar preocupada a respeito do que a terapeuta

poderia estar pensando sobre ela (PQS53, PQS78). Por sua vez, a terapeuta se mostrou segura (PQS86), afinada com a paciente (PQS6), e solicitou informações sobre a mesma (PQS31). A terapeuta não revelou postura superior (PQS51) e indiferente (PQS9). Houve evidências de que ambas trabalharam em materiais significativos, bem como: sentimentos, lembranças da infância e os relacionamentos interpessoais (PQS91).

Tabela 1

*Resultados das cinco variáveis mais e menos características do PQS na Etapa 1 do tratamento*

Variáveis	Mín.	Máx.	M	DP
<b>Mais característicos</b>				
31 - O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,00	9,00	8,75	,50
6 - O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,50	8,50	8,12	,47
86 - O terapeuta é seguro ou auto-confiante (versus inseguro ou defensivo).	7,50	8,50	8,00	,40
97 - O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos.	7,00	9,00	7,75	,95
91 - Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.	6,50	8,50	7,75	,86
<b>Menos característicos</b>				
53 - O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	1,00	3,00	2,00	,91
51 - O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.	1,00	3,00	2,00	,91
78 - O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.	1,00	2,50	1,75	,64
15 - O paciente não inicia assuntos; é passivo.	1,00	3,00	1,75	,95
9 - O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	1,00	2,50	1,62	,62

## Etapa 2

As temáticas referentes à segunda etapa do processo indicaram o surgimento de um desejo de maior autonomia e independência da paciente, especialmente através do interesse em ingressar em uma universidade. Concomitante à essa mudança na vida atual da paciente, ela decidiu morar sozinha. Nesse momento, a dupla trabalhou com maior profundidade em assuntos atuais da vida e nos aspectos da personalidade da paciente. Além disso, houve maior contato com os seus afetos e uso de reflexão.

Nas sessões intermediárias do tratamento, ou na Etapa 2, conforme Tabela 2, a paciente não manifestou resistência em examinar os seus pensamentos e problemas (PQS58); nem demonstrou passividade e dificuldades na compreensão dos comentários

(PQS15, PQS5). A terapeuta transmitiu a aceitação não crítica (PQS18) com a paciente, solicitou mais informações (PQS31) sobre a mesma e percebeu acuradamente o processo da psicoterapia (PQS28). Ela inclusive demonstrou uma postura sensível, empática, (PQS77) e com proximidade (PQS9). A autoimagem da paciente (PQS35) e suas situações atuais (PQS69) foram tópicos de discussão entre a dupla no tratamento.

Tabela 2

*Resultados das cinco variáveis mais e cinco variáveis menos características do PQS na Etapa 2 do tratamento.*

Variáveis	Mín.	Máx.	M	DP
<b>Mais características</b>				
31 - O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,00	9,00	8,37	,47
35 - A auto-imagem é um foco de discussão.	6,00	9,00	8,12	1,43
69 - A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	6,50	8,50	7,87	,94
18 - O terapeuta transmite um sentido de aceitação não-crítica (OBS: a colocação na direção do extremo não-característico indica desaprovação, falta de aceitação).	7,00	8,50	7,87	,62
28 - O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	7,00	8,50	7,75	,64
<b>Menos características</b>				
58 - O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas	1,00	2,50	2,00	,70
9 - O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	1,50	2,00	1,75	,28
77 - O terapeuta não tem tato.	1,00	2,50	1,62	,62
5 - O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.	1,00	2,50	1,62	,75
15 - O paciente não inicia assuntos; é passivo.	1,50	1,50	1,50	,00

### **Etapa 3**

Na terceira etapa, a temática das últimas sessões revelou que a paciente se manteve introspectiva e colaborativa na psicoterapia. Entretanto, demonstrou oscilações de humor e especialmente uma postura mais deprimida. Houve um aumento significativo da sua agressividade, especialmente dirigida à terapeuta. Em decorrência deste maior contato e possível início de uma integração com os seus aspectos internos e mais cindidos, a paciente não suportou e pediu ajuda à sua terapeuta, solicitando assim, uma internação hospitalar. Na época, a paciente verbalizou confusão e mal-estar diante das mudanças que ocorriam e, por isso, sentiu vontade de se machucar. Este foi um

momento de crise. A paciente foi internada e retornou à psicoterapia após 21 dias, mantendo o atendimento durante a internação e retornando ao consultório, sem indícios de possíveis rupturas.

Nesta última etapa, conforme Tabela 3, a paciente se mostrou compreensível nas suas expressões (PQS54), forneceu assuntos, se mostrou desinibida (PQS15, PQS61), sem preocupação em ser julgada (PQS53) e ser aceita pela terapeuta (PQS78) no final desse processo. A terapeuta, contudo, se comunicou com clareza (PQS46), demonstrou empatia com a paciente (PQS6), contrariando uma postura distante e indiferente (PQS9). Houve evidências nas sessões de que ambas trabalharam em situações atuais da vida da paciente (PQS69) e dos seus relacionamentos interpessoais (PQS63).

Tabela 3

*Resultados das cinco variáveis mais e cinco variáveis menos características do PQS na Etapa 3 do tratamento*

Variáveis	Mín.	Máx.	M	DP
<b>Mais característicos</b>				
69 - A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	9,00	9,00	9,00	,00
54 - O paciente é claro e organizado em sua expressão.	7,00	8,50	7,87	,62
46 - O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	6,50	8,50	7,87	,94
6 - O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,50	8,50	7,75	,50
63 - Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	5,00	9,00	7,62	1,88
<b>Menos característicos</b>				
15 - O paciente não inicia assuntos; é passivo.	1,00	4,50	2,37	1,70
9 - O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	1,50	3,00	2,25	,64
78 - O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.	1,00	3,50	2,12	1,10
61 - O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).	1,50	2,50	2,12	,47
53 - O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	1,00	2,50	1,75	,64

### **Aliança Terapêutica**

A avaliação da Aliança Terapêutica realizada através do WAI-O apontou uma

média geral no Vínculo de  $M = 5,31$  ( $DP = ,31$ ), no Objetivo com  $M = 4,84$  ( $DP = ,42$ ) e na Tarefa com  $M = 5,16$  ( $DP = ,39$ ) nas subescalas. Esses resultados apontaram que no processo de psicoterapia dessa paciente diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline* houve evidência de uma boa Aliança Terapêutica na subescala Vínculo, tendo em vista que valores iguais ou superior a 5 são indicadores de uma aliança positiva (Wasserman, 2011).

A correlação entre as categorias de processo psicoterápico com as variáveis das subescalas Vínculo, Objetivo e Tarefa, ao longo das 12 sessões do tratamento, são apresentadas na Tabela 4 abaixo. Posteriormente, serão apresentados os resultados das correlações da Aliança Terapêutica nas três etapas do tratamento, conforme as Tabelas 5, 6 e 7.

Tabela 4

*Correlação das subescalas do WAI-O com as categorias do PQS ao longo das 12 sessões do tratamento*

PQS	Média (DP)	Vínculo (V)		Tarefa (T)		Objetivo (O)	
		r	p	R	p	r	p
Item 88 (P) O paciente traz temas e material significativos.	7,29 (1,72)	,572	,052	,686*	,014	,603*	,038
38 - (T) Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.	4,87 (1,63)	-,667*	,018	-,596*	,041	-,516	,086
79 - (T) O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.	3,75 (0,81)	-,384	,218	-,585*	,046	-,662*	,019
99 - (T) O terapeuta questiona a visão do paciente (versus valida as percepções do paciente).	6,91 (1,14)	,713**	,009	,579*	,049	,601*	,039

Nota. (P) = Paciente; (T) = Terapeuta.

Os resultados indicaram que ao longo das 12 sessões, um total de quatro variáveis do PQS (categorias: Paciente, Terapeuta e Interação) teve correlação com as subescalas do WAI-O (Vínculo, Objetivo e Tarefa).

Quanto à categoria Interação, do PQS, que se refere aos itens que buscam captar

a natureza da relação da díade paciente – terapeuta, observou-se que não houve correlação nessa categoria com as subescalas do WAI-O.

Na categoria Terapeuta, que comporta os itens que refletem as ações ou atitudes do terapeuta, os seguintes itens apresentaram correlações negativas: constatou-se que intervenções do terapeuta sobre atividades específicas a serem feitas fora da sessão (PQS38) tiveram correlação negativa com a subescala Vínculo ( $r = -,667$ ;  $p = ,018$ ) e com a subescala Tarefa ( $r = -,596$ ;  $p = ,041$ ); comentários a respeito das mudanças do humor da paciente (PQS79) também apresentaram correlação negativa nas subescalas Tarefa ( $r = -,585$ ;  $p = ,046$ ) e Objetivo ( $r = -,662$ ;  $p = ,019$ ). Por sua vez, correlacionaram-se positivamente com aliança, o trabalho da terapeuta no questionamento da visão da paciente (PQS99) com as subescalas Vínculo ( $r = ,713$  e  $p = ,009$ ), Tarefa ( $r = ,579$  e  $p = ,049$ ) e Objetivo ( $r = ,601$  e  $p = ,039$ ).

Quanto à categoria Paciente, que abrange os itens que descrevem as atitudes, comportamentos e experiências da paciente, identificou-se correlação positiva quando a paciente trazia temas e materiais significativos (PQS 88) com as subescalas Tarefa ( $r = ,686$ ;  $p = ,014$ ) e Objetivo ( $r = ,603$ ;  $p = ,038$ ).

Tabela 5

*Correlação das subescalas do WAI- O com as categorias do PQS na Etapa 1 do tratamento*

PQS	M (DP)	Vínculo (V)		Tarefa (T)		Objetivo (O)	
		r	p	r	p	r	p
39 - (I) Existe um tom competitivo na relação.	5,50 (1,35)	-,279	,721	-,868	,132	-,985*	,015
58 - (P) O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas.	3,00 (2,12)	-,049	,951	-,831	,169	-,969*	,031
38 - (T) Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.	3,75 (1,32)	-,985*	,015	-,419	,581	-,137	,863
62 - (T) O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.	5,62 (1,10)	,302	,698	,887	,113	,990**	,010
79 - (T) O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.	3,37 (1,25)	-,570	,430	-,968*	,032	-,952*	,048
81 - (T) O terapeuta enfatiza os	5,00	,998*	,002	,543	,457	,316	,684

sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.	(1,58)						
86 - (T) O terapeuta é seguro ou autoconfiante.	8,00 (0,40)	-,504	,496	-,997**	,007	-,950*	,040
92 - (T) Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados a situações ou comportamentos do passado.	6,12 (2,25)	,957*	,043	,296	,704	,084	,916

Nota. (I) = Interação; (P) = Paciente; (T) = Terapeuta.

Na Etapa 1 do tratamento, na categoria Interação, houve correlação negativa em relação à aliança, na manifestação de um tom competitivo na relação (PQS39) na subescala Objetivo ( $r = -,985$  e  $p = ,015$ ).

Em relação à Paciente, a aliança se mostrou negativa em decorrência do aumento da resistência no exame de questões importantes no tratamento (PQS58) com a subescala Objetivo ( $r = -,969$  e  $p = ,031$ ).

Quanto à categoria Terapeuta, identificou-se correlação negativa quando ambas discutiam os sentimentos e as experiências sexuais ao longo das sessões (PQS38) na subescala Vínculo ( $r = -,985$  e  $p = ,015$ ), quando comentava mudanças no humor e no afeto da paciente (PQS79) na subescala Tarefa ( $r = -,968$  e  $p = ,032$ ) e na subescala Objetivo ( $r = -,952$  e  $p = ,048$ ) e quando manifestava postura de segurança e confiança no processo (PQS86), nas subescalas Tarefa ( $r = -,997$  e  $p = ,007$ ) e Objetivo ( $r = -,95$  e  $p = ,040$ ). Por sua vez, as seguintes situações correlacionaram-se positivamente com a Aliança Terapêutica: o trabalho na identificação de temas ou experiências repetitivas da conduta da paciente (PQS62) na subescala Objetivo ( $r = ,990$  e  $p = ,010$ ), a exploração dos sentimentos no intuito de ajudar a paciente a experimentá-los (PQS81) na subescala Vínculo ( $r = ,998$  e  $p = ,002$ ) e a correlação dos sentimentos e das percepções com as situações do passado da paciente (PQS92) na subescala Vínculo ( $r = ,957$  e  $p = ,043$ ).

Tabela 6

*Correlação das subescalas WAI-O com as categorias do PQS na Etapa 2 do tratamento*

PQS	M	Vínculo (V)		Tarefa (T)		Objetivo (O)	
	(DP)	r	p	R	p	r	p

16 - (I) Há discussão sobre funções corporais, sintomas físicos, ou saúde.	4,75 (0,95)	-,966*	,034	,028	,972	,070	,930
42 - (P) O paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta.	3,75 (2,02)	-,980*	,020	,013	,987	,183	,817
61 - (P) O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).	3 (0,70)	,996**	,004	,113	,887	-,095	,905
70 - (P) O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.	3,62 (0,85)	,954*	,046	-,109	,891	-,314	,686
87 - (P) O paciente é controlador.	2,87 (2,13)	-1,000**	,000	-,206	,794	,110	,890
97 - (P) O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos.	7,00 (0,70)	-,996**	,004	-,113	,887	,095	,905
6 - (T) O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,75 (0,50)	,968*	,032	,374	,626	-,134	,866
18 - (T) O terapeuta transmite um sentido de aceitação não-crítica	7,87 (0,62)	-,175	,825	-,488	,512	-,960*	,040
21 - (T) O terapeuta revela informações sobre si.	5,50 (1,58)	,111	,889	-,186	,814	-,955*	,045
86 - (T) O terapeuta é seguro ou autoconfiante (versus inseguro ou defensivo).	7,50 (0,91)	,289	,711	-,205	,795	-,956*	,044
89 - (T) O terapeuta age para fortalecer defesas.	3,75 (0,64)	,068	,932	,992**	,008	,520	,480

Nota. (I) = Interação; (P) = Paciente; (T) = Terapeuta.

Os resultados da Etapa 2 do processo indicaram que, na interação, a aliança obteve correlação negativa quanto mais ocorriam discussões sobre funções corporais e sintomas físicos (PQS16), na subescala Vínculo ( $r = -,966$ ;  $p = ,034$ ).

Na categoria Paciente, houve correlação negativa da Aliança Terapêutica na medida em que a paciente rejeitava os comentários da terapeuta (PQS42) com a subescala Vínculo ( $r = -,980$ ;  $p = ,020$ ), ao se mostrar mais introspectiva na exploração dos pensamentos e sentimentos (PQS97), com a subescala Vínculo ( $r = -,996$ ;  $p = ,004$ ) e quando se mostrava controladora do processo (PQS87) com a subescala Vínculo ( $r = -1,000$ ;  $p = ,000$ ). Todavia, a aliança se mostrou positiva quanto mais a paciente se mostrava tímida e envergonhada no processo (PQS61) com a subescala Vínculo ( $r = ,997$ ;  $p = ,004$ ) e controladora com seus sentimentos e impulsos (PQS70) com a subescala Vínculo ( $r = ,954$ ;  $p = ,046$ ).

A categoria Terapeuta, por sua vez, teve correlação negativa na manifestação de aceitação não crítica da paciente (PQS18) com a subescala Objetivo ( $r = -,960$ ;  $p = ,040$ ), na revelação de informações sobre si (PQS21) com a subescala Objetivo ( $r = -,955$ ;  $p = ,045$ ) e na revelação de segurança e autoconfiança (PQS86) com a subescala Objetivo ( $r = -,956$ ;  $p = ,044$ ). Entretanto, houve evidências de uma aliança positiva diante de uma postura sensível, empática e afinada com a paciente (PQS6) com a subescala Vínculo ( $r = ,968$ ;  $p = ,032$ ).

Tabela 7

*Correlação das subescalas WAI-O com as categorias do PQS na Etapa 3 do tratamento*

PQS	M	(DP)	Vínculo		Tarefa		Objetivo	
			r	p	r	P	r	p
99 - (T) O terapeuta questiona a visão do paciente (versus valida as percepções do paciente).	6,25	(1,32)	,953*	,047	,854	,146	,668	,332

Nota. (T) = Terapeuta

Na Etapa 3 do processo, nas últimas sessões do tratamento, não houve correlação das subescalas do WAI-O em relação à categoria Interação e Paciente do PQS.

Na categoria Terapeuta, a aliança obteve correlação positiva quando a terapeuta questionava a visão da paciente no tratamento (PQS99), na subescala Vínculo ( $r = ,953$ ;  $p = ,047$ ).

## Discussão

Conforme a avaliação do processo psicoterapêutico em associação com a Aliança Terapêutica estabelecida nas etapas do tratamento da jovem paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*, observou-se que a dupla trabalhou com comprometimento e de forma colaborativa. As anotações clínicas indicaram um início da psicoterapia mais reflexivo, com destaque para as vivências

infantis e relacionamentos com os progenitores. Em um segundo momento, a ênfase se deu no desejo de maior autonomia e expansão de atividades e relacionamentos da paciente. Posteriormente, em um período de maiores oscilações, houve um aumento de agressividade, postura deprimida e crise.

Em relação ao processo, a paciente iniciou o tratamento demonstrando comprometimento e introspecção, permaneceu examinando seus conteúdos sem indícios de resistência e, ao final, expôs com clareza seus pensamentos e sentimentos sem preocupar-se com a opinião da terapeuta. A terapeuta se mostrou segura, solicitando informações sobre a paciente, permaneceu em uma postura de aceitação não crítica e empática e, ao final, se comunicou com clareza e com maior proximidade. Em relação à interação, inicialmente houve evidências de que ambas estavam trabalhando em materiais significativos como os da infância. Depois, as situações atuais foram tópicos de discussão, permanecendo até as últimas sessões focando nas situações que ocorriam no momento e nos relacionamentos interpessoais.

Os elementos do processo terapêutico considerando a contribuição da terapeuta e da paciente, além das características da interação avaliados pelo instrumento PQS, apontaram quatro mecanismos de ação associados ao desenvolvimento positivo da Aliança Terapêutica no processo geral da psicoterapia. Nesse caso, as situações em que a paciente era colaborativa e trazia material significativo, bem como a terapeuta enfatizava os sentimentos e dirigia questionamentos à paciente, indicavam consonância quanto ao que se esperava alcançar na psicoterapia (Objetivo), as sessões ocorriam de forma a promover mudanças (Tarefa) e o vínculo entre paciente e terapeuta (Vínculo) era positivo.

Em direção oposta, em algumas sessões ocorreram situações de maior vulnerabilidade na manutenção da Aliança Terapêutica, interferindo na qualidade da

interação em termos de Objetivo, Tarefa e Vínculo estabelecidos. Intervenções do terapeuta com foco em atividades ou orientações dirigidas ao paciente ou nas mudanças de humor do paciente associaram-se negativamente com o estabelecimento positivo da aliança. Essas oscilações refletem o próprio processo da psicoterapia que, em linhas gerais, se caracterizou por um trabalho colaborativo, porém com maiores dificuldades técnicas na Etapa 3, anterior à internação da paciente.

Para identificar as características do estabelecimento da Aliança Terapêutica nas distintas etapas, também foram analisadas as associações entre os itens do processo e o estabelecimento da aliança. Assim, um estudo mais específico das etapas indicou que, na Etapa 1, três intervenções da terapeuta contribuíram para que a Aliança Terapêutica ocorresse de forma positiva nessas primeiras sessões. O trabalho sobre a conduta repetitiva da paciente, a exploração dos sentimentos e a associação dos mesmos com situações passadas melhoraram o vínculo entre a dupla e os objetivos propostos no tratamento. Entretanto, seis mecanismos de ação apontaram na direção de uma Aliança Terapêutica negativa. O exame em profundidade dos sentimentos, das experiências e das mudanças despertaram maior resistência na paciente. Soma-se a isso uma postura segura da terapeuta, que contribuiu para uma relação de tonalidade competitiva. Essas situações no tratamento ocasionaram uma diminuição nas tarefas desempenhadas entre a dupla, no enfraquecimento da relação entre ambas e pioraram os objetivos do tratamento.

Na Etapa 2, uma análise mais detalhada apontou que a dupla permaneceu progredindo. O trabalho direcionado nos sentimentos de vergonha e o controle dos impulsos da paciente fortaleceram o vínculo diante de uma postura empática da terapeuta, entre ambas, apontando assim, para uma Aliança Terapêutica positiva. Porém, algumas ações obtiveram correlação negativa com a Aliança Terapêutica, como

a introspecção, a rejeição e o jeito controlador da paciente no processo da psicoterapia. Temáticas voltadas para os sintomas físicos, juntamente com uma postura mais segura da terapeuta mostraram que houve uma diminuição dos objetivos acordados, além de dificuldades no vínculo entre a dupla.

A análise dos mecanismos de ação da Etapa 3 do tratamento demonstrou que nessas sessões, a Aliança Terapêutica apresentou direção negativa. A dupla, que trabalhou de forma colaborativa durante as duas primeiras etapas, sofreu maiores ameaças de ruptura na aliança. Essa etapa consistiu no momento mais perturbador do tratamento, pois os sentimentos negativos da paciente, especialmente os dirigidos à terapeuta, invadiram com força o *setting* terapêutico. O trabalho terapêutico culminou na crise da paciente e, conseqüentemente, na internação psiquiátrica. Entretanto, a postura da terapeuta de questionar a visão da paciente promoveu a aliança entre ambas, indicando que, mesmo nas situações mais difíceis, oferecer ao paciente a possibilidade de refletir sobre posições, ideias e sentimentos sobre os conflitos desenvolve a Aliança Terapêutica.

Price e Jones (1998) examinaram em seu estudo com pacientes diagnosticados com depressão, distímia e transtorno de ansiedade generalizada a existência de correlação positiva entre a Aliança Terapêutica e o processo psicoterapêutico. Através da utilização do CALPAS e do PQS, os resultados indicaram que, do total de 100 itens do PQS, 16 obtiveram uma correlação positiva e contribuíram para a construção de uma aliança entre a dupla paciente-terapeuta. Esses mecanismos de ação comportam o comprometimento e a capacidade de trabalhar da paciente, a compreensão da terapeuta e o consenso no trabalho da dupla. Duas ações encontradas no estudo de Price e Jones (1998), como a postura empática da terapeuta (PQS6) e os materiais significativos trazidos pela paciente (PQS88), foram semelhantes na investigação da Aliança

Terapêutica, em comparação com o caso da paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*, que apontaram para uma Aliança Terapêutica positiva.

Por sua vez, Lingiard e Colli (2011) encontraram em seu estudo com pacientes escolhidos de forma aleatória, 16 itens do PQS que se correlacionaram de forma positiva com o desenvolvimento de uma boa Aliança Terapêutica. Quatro ações encontradas são semelhantes à investigação do presente estudo, tal como a postura empática da terapeuta (PQS6), o trabalho nos sentimentos e nas percepções da paciente (PQS81), as associações com as experiências do passado (PQS92) e a identificação de condutas repetitivas (PQS62) contribuíram para o desenvolvimento de uma Aliança Terapêutica positiva. Outro estudo de Lingiard (2013) mostrou grande significância da correlação da aliança com três itens do processo (PQS6, PQS62, PQS92), destacando a importância da postura da terapeuta no manejo do tratamento, bem como o uso de intervenções de abordagem psicanalítica para o crescimento e desenvolvimento de uma boa aliança entre a dupla no *setting* terapêutico. Portanto, pode-se afirmar que nos três estudos apresentados e comparados com o presente caso, observou-se que a postura empática, afinada e sensível da terapeuta (PQS6) se destacou e se mostrou como uma correlação positiva em comum nas pesquisas. O desenvolvimento positivo da Aliança Terapêutica, portanto, é influenciado diretamente pelo terapeuta. Esse, por sua vez, convidará o paciente para a construção dessa relação mais colaborativa (Horvath et al., 2011).

Price e Jones (1998) também encontraram 17 ações terapêuticas que implicaram dificuldades na construção da Aliança Terapêutica. Três situações se assemelham aos resultados da correlação negativa do caso em estudo, como a presença de uma tonalidade competitiva na relação da dupla (PQS39), a rejeição da paciente diante de comentários da terapeuta (PQS42) e a resistência da paciente no exame de questões

(PQS58). Lingiardi e Colli (2011), em seus achados, observaram 11 ações do processo que contribuíram na construção de uma aliança negativa. Ações como um tom competitivo na relação (PQS39) e a resistência da paciente no exame de suas questões (PQS58) tiveram correlações negativas similares ao caso em questão. Deste modo, é interessante assinalar que os estudos citados, quando comparados com a investigação da aliança no processo de tratamento da jovem paciente diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline*, também verificaram que a existência de competição entre a dupla no *setting* terapêutico (PQS39) e a resistência da paciente (PQS58) são ações que dificultam a manutenção da Aliança Terapêutica em um processo de psicoterapia.

Pesquisas de pacientes com o Transtorno de Personalidade *Borderline* indicam que os processos de psicoterapias se caracterizam com altos índices de abandono, rupturas e dificuldades de manejo técnico, associados ao quadro clínico (Richardson-Vejlgaard, Broudy, & Brodsky, 2013). Baldwin, Wampold e Imel (2007) mencionam que as rupturas no tratamento ocorrem devido às oscilações da Aliança Terapêutica ao longo do processo de psicoterapia. Por isso, desenvolver respostas adequadas às perturbadoras emoções desencadeadas por pacientes *borderline*, torna-se um constante desafio aos clínicos nos processos de tratamento (Peres, 2009).

Baldwin et al. (2007) afirmam que alguns pacientes podem apresentar maior facilidade e capacidade em estabelecer um relacionamento colaborativo em seus tratamentos e que o estabelecimento dessa aliança colaborativa depende de muitos fatores presentes no tratamento. Por isso, a Aliança Terapêutica sofre oscilações e, muitas vezes, demonstra dificuldades no seu estabelecimento e manutenção no processo de uma psicoterapia (Horvath et al., 2011). Dessa forma, um desafio do terapeuta na manutenção da Aliança Terapêutica consiste na necessidade de substituir e de flexibilizar a escuta empática e a avaliação do contínuo risco de ameaças ao tratamento

do paciente grave (Schechter, Goldblatt, & Maltzberger, 2013).

Os estudos de processo com pacientes graves apontam a importância de permanecer investigando a complexidade existente no processo de uma psicoterapia com pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*, visando a efetividade das psicoterapias (Nysaeter, Nordahl & Havik, 2010). A contribuição deste estudo foi no sentido de identificar que a ação positiva, bem como a postura empática da terapeuta, foram extremamente importantes ao longo da psicoterapia, especialmente nas sessões anteriores à internação psiquiátrica e na continuidade do tratamento após sua alta. Horvath et al. (2011) apontam que há uma correlação positiva entre a Aliança Terapêutica e os resultados nos processos de psicoterapias. Segundo eles, o trabalho direcionado ao vínculo e ao estabelecimento de um bom contrato terapêutico no início da psicoterapia se torna importante e direciona a dupla na construção de uma aliança positiva.

Analisar com detalhe os fenômenos presentes no processo de uma psicoterapia com o paciente *borderline*, especialmente na interação entre a dupla paciente – terapeuta, contribuem para a compreensão mais ampla da psicoterapia, bem como do reparo de rupturas e do “possível sucesso” do tratamento, segundo Honda & Yoshida (2013). Não só as características particulares da terapeuta, mas também flexibilidade, confiança, respeito, honestidade e interesse no outro são importantes para o surgimento de uma Aliança Terapêutica positiva no tratamento e na evitação de possíveis rupturas da relação (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Ulberg, Amlo, Hersoug, Dahl, & Hoglend, 2014; Goldfried, 2013).

### **Considerações Finais**

Neste trabalho, observou-se que ao longo do processo de psicoterapia de uma

jovem paciente grave, houve momentos de colaboração, entrosamento e estreitamento do vínculo entre a dupla terapêutica, apesar das vivências negativas de maior agressividade, oscilações de humor e sentimentos, impulsividade e comportamento suicida encontrados no *setting* terapêutico.

Uma postura empática, tranquila e especialmente não crítica ao paciente, principalmente ao mais grave, é imprescindível no processo de uma psicoterapia, pois esses pacientes necessitam que seus terapeutas possuam uma escuta humanizada adicionada a um conhecimento teórico e técnico adequado.

A análise dos resultados indicou que, no processo, muitas variáveis estão presentes e podem ser indicadoras de uma boa Aliança Terapêutica nos tratamentos. Porém, qualidades provenientes do terapeuta, como uma postura sensível, afinada e empática com o paciente, contribuíram para a aderência, a manutenção e a permanência da jovem paciente diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline* na psicoterapia.

Apesar deste estudo consistir na qualidade de caso único, salienta-se a importância da investigação contínua das pesquisas de processo em psicoterapia, pois fornecem contribuições científicas aos clínicos e pesquisadores da área psicanalítica, além de aproximar o campo da prática clínica com a pesquisa.

### **Limites do Estudo**

Neste estudo verificou-se que avaliar a Aliança Terapêutica no processo da psicoterapia apenas na versão do observador-pesquisador e, por intermédio de apenas uma medida objetiva, forneceu poucos dados na compreensão da Aliança Terapêutica no amplo processo de uma psicoterapia.

### **Referências**

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and

- techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23 (1), 1-33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM-IV-TR. (4. ed. rev.) Porto Alegre: Artmed.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z.E. (2007). Untangling the Alliance Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6) 842-852. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bizzi, I. Z. (2010). A clínica borderline: da psicopatologia às configurações do campo analítico. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 17(1), 151-172.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). Comparing Two Methods of Identifying Alliance Rupture Events. *Psychotherapy*, 51(3), 434- 442. doi: 10.1037/a0032171
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: Implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.471.6436&rep=rep1&type=pdf>
- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. In D. Harper, & A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (pp. 69-82). Chichester, UK: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781119973249.ch6

- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology review*, 33(5), 654-662. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.006
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2013). Mudança em psicoterapia: Indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(4), 589-597. doi: 10.1590/S1413-294X2013000400006
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 109-128). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., Del Re. A. C., Flückinger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Jones, E. E., Cummino, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55. doi: 10.1037/0022-006X.56.1.48
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2010). Conflict begets conflict: executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in

- treatment of borderline disorder. *Psychotherapy Research*, 20(4), 413-422. doi: 10.1080/10503301003636696
- Lingiardi, V. (2013). Trying to be useful: Three Different Interventions for One Therapeutic Stance. *Psychotherapy*, 50(3), 413-418. doi: 10.1037/a0032195
- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of Session Process: Relationship to Depth and Alliance. *Psychotherapy*, 48(4), 391-400. doi: 10.1037/a0025248
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(8), 464-472. doi: 10.1097/00005053-198908000-00003
- Nysaeter, T. E., Nordahl, H. M., Havik, O. E. (2010). A preliminary study of the naturalistic course of non-manualized psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: Patient characteristics, attrition and outcome. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 87-93. doi: 10.3109/08039480903406731
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process- outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-390). John Wiley & Sons, Inc.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *The journal of nervous and mental disease*, 199(6), 384-389. doi:10.1097/NMD.0b013e31821cd28a
- Peres, R. S. (2009). Aliança Terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 383-389. doi: 10.1590/S0103-166X2009000300011
- Price, P. B., & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy

- Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 392-404. doi: 10.1037/h0087654
- Richardson-Vejlgaard, R., Broudy, C., Brodsky, B., Fertuck, E., & Stanley, B. (2013). Predictors of psychotherapy alliance in Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Research*, 23(5), 539-545. doi: 10.1080/10503307.2013.801001
- Schechter, M., Goldblatt, M., & Maltzberger, J. T. (2013). The therapeutic alliance and suicide: When words are not enough. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 315-328. doi: 10.1111/bjp.12039
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do RS*, 29(1), 44-55. doi: 10.1590/S0101-81082007000100011
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501-510. doi: 10.1590/S0103-166X2011000400010
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.104
- Stiles, W. B., & Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counsellors and their clients. *Journal of Counseling Psychology*, 31(1), 3-12. doi: 10.1037/0022-0167.31.1.3
- Ulberg, R., Amlo, S., Hersoug, A. G., Dahl, H-S. J., & Hoglend, P. (2014). The effects of the therapist's disengaged feelings on the in-session process in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 440-451. doi: 10.1002/jclp.22088

- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da SOCERJ*, 20(5), 383-386. Recuperado de [http://unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/o\\_estudo\\_de\\_caso\\_como\\_modalidade\\_de\\_pesquisa.pdf](http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf)
- Wasserman, R. H. (2011). *The role of working alliance in the treatment of borderline personality disorder*. Tese de doutorado. The Pennsylvania State University.
- Wiseman, H., Tishby, O., & Barber, J. P. (2012). Collaboration in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Psychology*, 68(2), 136-145. doi: 10.1002/jclp.21834
- Yin, R. K. (2001). *Estudos de caso: planejamento e métodos*. (2. ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Yoshida, E. M. P. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 115-127. doi: 10.1590/S1413-85571998000200006.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança de processo em psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 305-316. doi:10.1590/S0103-863X2008000200008

### Considerações Finais da Dissertação

A análise da psicoterapia contribui para a exploração e compreensão de um fenômeno comum no processo da psicoterapia. A investigação em profundidade da Aliança Terapêutica através do *Working Alliance Inventory Observer Form* (WAI-O) e das categorias do processo pela metodologia do *Psychotherapy Process Q-Set* viabilizaram análises que ampliaram reflexões acerca dos aspectos relevantes da aderência, manutenção e continuidade do paciente grave no processo de tratamento.

Diante aos objetivos de abordar questões que incluíssem as características da Aliança Terapêutica e das ações do processo e especificidades do método e da prática, esta dissertação de mestrado evidenciou a possibilidade de integração de aspectos clínicos, dados descritivos e empíricos presentes em uma psicoterapia. Esta junção permitiu elaborar hipóteses acerca da possível permanência do paciente grave na psicoterapia de orientação psicanalítica através da análise em profundidade do caso de uma jovem diagnosticada com o Transtorno de Personalidade *Borderline*.

No que se refere a características da Aliança, verificou-se no artigo 1, que as subescalas da Aliança Terapêutica mostraram oscilações de suas qualidades e prevalência ao longo do tratamento. O Vínculo, estabelecido entre a dupla paciente-terapeuta revelou maior estabilidade, mostrando assim, a importância dessa união na aderência, permanência e continuidade do paciente em uma psicoterapia.

A análise mais aprofundada do processo de tratamento proposta no artigo 2, apontou a existência de correlações negativas e positivas da Aliança no processo da psicoterapia. A Aliança Terapêutica, por sua vez, atingiu uma direção no tratamento de acordo com as ações da paciente, características da terapeuta e qualidades da interação entre a dupla. Ao analisar em profundidade os dados descritivos do processo bem como

as ações provenientes do *Psychotherapy Process Q-Set*, tornou possível mencionar que uma postura sensível, empática e afinada da terapeuta com a paciente, foi essencial para o processo de tratamento de uma jovem diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Tendo em vista, a viabilidade da integração clínica empírica com a análise do processo terapêutico, sugere-se a continuidade de exploração de fenômenos presentes no setting terapêutico, como a Aliança Terapêutica, na realização de outras pesquisas com pacientes diagnosticados com transtornos graves.

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa para identificar as necessidades emocionais dos jovens em relação ao processo de mudança e amadurecimento associado à psicoterapia nesta faixa Pereira da Cruz Benetti, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS. Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo que terá grande importância na compreensão das necessidades do adolescente, auxiliando no trabalho de psicoterapia e atendimento psicológico dos jovens.

No caso, seu atendimento psicológico será realizado conforme os padrões de atendimento do PAAS (Projeto de Atenção Ampliada à Saúde), sendo que sua participação envolverá responder alguns instrumentos de avaliação emocional na etapa inicial e final da psicoterapia. Além disso, para permitir o acompanhamento da psicoterapia, as sessões serão gravadas e filmadas e posteriormente será realizada a análise do material. Ainda que o material possa ser divulgado em eventos ou periódicos científicos, a identidade será preservada. Assim, é importante ressaltar que nenhuma informação que possa levar à sua identificação será divulgada, sendo mantido o caráter confidencial deste aspecto.

Sua participação trará grande contribuição para o trabalho, não havendo riscos no atendimento e registro do material. Desde já, agradecemos sua atenção e informamos que você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo do atendimento. Qualquer dúvida ou informação, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável por esse estudo: Psicóloga Sílvia P. C. Benetti (99644877).

Solicitamos seu consentimento para participar do trabalho, preenchendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias — uma ficará em sua posse e outra — devolvida para a pesquisadora.

Agradecemos a sua colaboração.

Psic. Sílvia Pereira da Cruz Benetti  
Responsável pela pesquisa.

Eu..... declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo. Confirmando, também, ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação nessa pesquisa e por isso dou meu consentimento, inclusive para utilização das imagens obtidas nas filmagens.

São Leopoldo, Novembro de 2015.

---

Assinatura

**Apêndice B – Shedler - Westen Assessment Procedure (SWAP 200)**

1. Costuma se culpar ou se sentir responsável por coisas ruins que acontecem.
2. É capaz de usar seus talentos, habilidades e energia de forma produtiva e eficiente.
3. Tira vantagens dos outros; preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
4. Superestima a sua importância.
5. Costuma ser emocionalmente intrusivo (a); costuma não respeitar as necessidades de autonomia e privacidade dos outros.
6. Frequentemente é acometido (a) por pensamentos obsessivos que considera como sendo sem sentido ou intrusivos.
7. Demonstra incerteza quanto à própria identidade étnica e racial (ex. desvaloriza e rejeita ou supervaloriza e preocupa-se com a própria herança cultural).
8. Costuma entrar em disputas por poder.
9. Costuma pensar que os outros têm inveja dele/dela.
10. Sente que algumas pessoas têm uma habilidade especial, quase mágica de compreender seus pensamentos e sentimentos mais íntimos (ex. imagina uma afinidade tão grande entre elas que um esforço na comunicação se torna supérfluo).
11. Costuma se tornar rápida ou intensamente apegado (a) às outras pessoas, desenvolvendo sentimentos e expectativas, etc., que não correspondem a história ou ao contexto do relacionamento.
12. As emoções costumam fugir do controle levando a extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação, etc.
13. Costuma usar seus problemas psicológicos ou médicos para evitar o trabalho ou responsabilidades (seja consciente ou inconscientemente).
14. Costuma culpar os outros pelas próprias deficiências e fracassos; costuma acreditar que seus problemas são causados por fatores externos.
15. Falta uma imagem estável de si mesmo ou de quem gostaria de se tornar (ex. atitudes, valores, objetivos, sentimentos sobre si mesmo podem ser instáveis).
16. Costuma ser raivoso (a) e hostil (seja consciente ou inconscientemente).
17. Costuma ser bajulador (a) (“puxa saco”) ou submisso (a) (ex. pode aceitar coisas que não concorda, ou que não quer fazer na esperança de receber apoio e aprovação).
18. Quando envolvido (a) romanticamente ou atraído (a) sexualmente costuma perder o interesse se for correspondido (a).
19. Gosta de desafios, sente prazer em realizar as coisas.
20. Costuma fraudar, mentir ou enganar os outros.
21. Costuma ser hostil em relação às pessoas do sexo oposto, seja consciente ou inconscientemente (ex. depreciando, competindo, etc.).
22. Costuma desenvolver sintomas somáticos como consequência de estresse ou conflitos (ex. dor de cabeça, dor nas costas, dor de barriga, asma, etc.).
23. Costuma se envolver romanticamente ou sexualmente em triângulos (ex. se interessa mais por parceiros que já se encontram envolvidos em outros relacionamentos).
24. Costuma ser pouco confiável e irresponsável (ex. pode não cumprir com as obrigações no trabalho ou deixar de honrar suas dívidas financeiras).

25. Tem dificuldade em reconhecer ou expressar raiva.
26. Costuma se envolver ou permanecer em relacionamentos nos quais é emocionalmente ou fisicamente abusado (a).
27. Tem ataques de pânico que podem durar de poucos minutos até poucas horas, acompanhados de alterações fisiológicas intensas (ex. aceleração cardíaca, falta de ar, sensação de sufocamento, náusea, tontura, etc.).
28. Costuma se preocupar com sujeira, limpeza, contaminação, etc. (ex. beber no copo de outra pessoa, sentar no vaso sanitário público, etc.).
29. Tem dificuldade de compreender o comportamento das outras pessoas; frequentemente não compreende, interpreta mal ou se atrapalha com as ações e reações dos outros.
30. Costuma se sentir letárgico (a), cansado (a) ou sem energia.
31. Costuma desconsiderar os direitos, propriedades ou segurança dos outros.
32. É capaz de manter um relacionamento amoroso significativo caracterizado por intimidade genuína e cuidado amoroso.
33. Parece inibido (a) na busca de objetivos ou sucesso; aspirações ou conquistas tendem a estar abaixo do seu potencial.
34. Costuma ser sexualmente provocativo (a) ou sedutor (a), seja consciente ou inconscientemente (ex. flerta inapropriadamente, preocupa-se com conquistas sexuais, tem a propensão a criar falsas expectativas nos outros, etc.).
35. Costuma ser ansioso (a).
36. Costuma se sentir desamparado (a), sem poder ou à mercê de forças que estão fora do seu controle.
37. Sente-se bem em pertencer e contribuir com a comunidade (ex. organizações de bairro, igreja, vizinhança, etc.).
38. Costuma ter a sensação de não ser autêntico (a) na presença de outras pessoas; costuma se sentir falso (a) ou fraudulento (a).
39. Parece obter prazer e satisfação sendo sádico (a) ou agressivo (a) com os outros (seja consciente ou inconscientemente).
40. Tem tendência a se envolver em comportamento ilegal ou criminoso.
41. Parece incapaz de descrever as pessoas que lhe são importantes de uma forma realista; as descrições que faz das pessoas envolvem somente duas dimensões, sendo pobre nos detalhes.
42. Costuma sentir inveja.
43. Costuma buscar poder e influencia sobre os outros (seja de forma benéfica ou destrutiva).
44. A percepção da realidade pode se tornar completamente distorcida quando estressado (a) (ex. pode se tornar delirante).
45. Costuma idealizar algumas pessoas de modo irrealista; vê-las como “totalmente boas” excluindo delas os defeitos humanos comuns.
46. Costuma ser sugestionável ou facilmente influenciado (a).
47. É inseguro quanto a se definir como heterossexual, homossexual ou bissexual.
48. Procura ser o centro das atenções.
49. Tem fantasias de ter sucesso, poder, beleza, talento ilimitados e de ser brilhante

50. Costuma sentir que a vida não tem sentido.
51. Costuma despertar a simpatia dos outros.
52. Possui pouca empatia; parece incapaz de compreender ou corresponder às necessidades e sentimentos dos outros a não ser que coincidam com os seus.
53. Costuma tratar os outros como uma plateia que testemunha a sua importância, o seu brilhantismo, sua beleza, etc.
54. Costuma sentir-se inadequado (a), inferior ou fracassado (a).
55. É capaz de encontrar sentido e autossatisfação guiando, orientando ou cuidando de outras pessoas.
56. Parece encontrar pouco ou nenhum prazer, satisfação ou divertimento nas atividades da vida.
57. Costuma sentir-se culpado (a).
58. Tem pouco ou nenhum interesse em ter relações sexuais com outra pessoa.
59. É empático (a); é sensível e responsivo (a) aos sentimentos e necessidades dos outros.
60. Costuma ser tímido (a) ou reservado (a) em situações sociais.
61. Costuma desvalorizar qualidades tradicionalmente associadas ao próprio sexo enquanto valoriza qualidades tradicionalmente associadas ao sexo oposto (ex. mulheres que denigrem a capacidade de cuidar e a sensibilidade emocional enquanto supervalorizam realizações e independência).
62. Costuma ser preocupado (a) com alimentos, dieta e comidas.
63. É capaz de ser efetivo (a) e apropriadamente assertivo (a) quando necessário.
64. O humor costuma variar em intervalos de semanas ou meses entre estados de excitação e depressão (altas oscilações implicando no Transtorno de Humor Bipolar).
65. Procura controlar ou exercer domínio sobre alguém importante (ex. esposa/marido; namorado/namorada; companheiros; membros da família), através da violência ou intimidação.
66. É excessivamente devotado (a) ao trabalho e a produtividade em detrimento do lazer e dos relacionamentos.
67. Costuma ser mesquinho (a) e retentivo (a) (seja com dinheiro, ideias, emoções, etc.).
68. Aprecia e responde bem ao senso de humor.
69. Tem dificuldade em se desfazer de coisas desgastadas ou inúteis; costuma acumular, colecionar, se apegar as coisas.
70. Tem episódios de comer compulsivo seguidos de comportamento purgativo (ex. provoca vômitos, abusa de laxantes, jejuns, etc.); tem episódios bulímicos.
71. Costuma buscar emoções extremas, novidades, aventuras, etc.
72. As percepções são superficiais, globais e impressionistas; tem dificuldade em focar nos detalhes.
73. Costuma ser catastrófico (a), geralmente vê os problemas como desastrosos ou sem solução, etc.
74. Expressa as emoções de modo exagerado e teatral.
75. Costuma pensar de modo concreto e interpretar as coisas de forma literal; tem capacidade limitada para perceber metáforas, analogias e nuances.
76. Consegue provocar nos outros sentimentos semelhantes aos quais está sentindo (ex.

quando enraivecido (a) age de forma a provocar raiva nos outros; quando ansioso (a) age de modo a induzir ansiedade nos outros).

77. Costuma ser muito carente ou dependente; exige constantemente ser reassegurado (a) e receber aprovação por parte dos outros.

78. Costuma expressar agressão de forma passiva e indireta (ex. cometendo enganos, procrastinando, esquecendo, sendo mal-humorado (a), etc.).

79. Costuma ver algumas pessoas como “totalmente más”, e perde a capacidade de perceber qualquer qualidade positiva que a pessoa possa ter.

80. Costuma ser sexualmente possessivo (a) ou ciumento (a), costuma estar preocupado (a) em relação a uma situação de infidelidade real ou imaginada.

81. Repetidamente reexperencia ou revive um evento traumático passado (ex. tem lembranças intrusivas ou sonhos recorrentes sobre o evento; teme ou se apavora quando algum evento atual é parecido ou simboliza o evento passado).

82. É capaz de ouvir informações que são emocionalmente ameaçadoras (ex. que desafiam crenças pessoais, percepções, auto-percepções), podendo utilizá-las e se beneficiar com elas.

83. Suas ideias e expectativas parecem clichê ou estereotipadas, como se tivessem sido tiradas de um livro ou de um filme.

84. Costuma ser competitivo (a) com os outros (seja consciente ou inconscientemente).

85. Experimenta conscientemente interesses homossexuais (quando esses interesses são moderados implicam numa bissexualidade; mas quando elevados, implicam exclusivamente em homossexualidade).

86. Costuma se sentir envergonhado (a) ou encabulado (a).

87. Rapidamente acredita que os outros desejam lhe prejudicar ou tirar vantagem sobre ele/ela; costuma perceber intenções maldosas nas ações e palavras das pessoas.

88. Costuma não ser suficientemente preocupado (a) com a satisfação das próprias necessidades; parece não se sentir merecedor (a) das coisas.

89. Parece ter conseguido elaborar experiências dolorosas vividas no passado, encontrando sentido e crescimento a partir dessas experiências.

90. Costuma se sentir vazio (a) ou entediado (a).

91. Costuma ser autocrítico (a), cria padrões muito altos e irrealistas para si mesmo e é intolerante com seus próprios defeitos.

92. É articulado (a); consegue se expressar bem através das palavras.

93. Parece saber menos sobre o mundo do que seria esperado em função da sua inteligência, experiência, etc.; parece ingênuo (a) ou inocente.

94. Possui uma vida sexual ativa e satisfatória.

95. Mostra-se confortável e à vontade em situações sociais.

96. Costuma despertar rechaço/aversão ou animosidade nos outros.

97. Costuma utilizar seus atrativos físicos em um grau excessivo para ganhar atenção e ser notado (a).

98. Costuma temer ser rejeitado (a) ou abandonado (a) por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.

99. Parece associar a atividade sexual com perigo (ex. dano, punição, contaminação, etc.), seja consciente ou inconscientemente.

100. Costuma pensar de forma abstrata e intelectualizada, mesmo em assuntos pessoais.
101. Geralmente encontra satisfação e alegria em atividades da vida diária.
102. Possui uma fobia específica (ex. cobras, aranhas, cachorros, aviões, elevadores, etc.).
103. Costuma reagir a crítica com sentimentos de fúria ou humilhação.
104. Demonstra possuir pouca necessidade de companhia ou contato humano; é genuinamente indiferente a presença dos outros.
105. Costuma evitar confiar nas pessoas por medo de ser traído (a); acredita que as coisas que diga ou que faça serão usadas contra ele/ela.
106. Costuma expressar emoções de forma apropriada em termos de qualidade e intensidade de acordo com a situação.
107. Costuma expressar características ou maneirismos tradicionalmente associados com o próprio sexo em um grau exagerado (mulher super-feminina, homem super-masculino, “machão”).
108. Costuma restringir a ingestão de comida ao ponto de ficar abaixo do peso e desnutrido (a).
109. Tem a tendência em realizar comportamento automutilante (ex. cortar-se, queimar-se, etc.).
110. Costuma se ligar ou ficar interessado (a) afetivamente por pessoas que são emocionalmente inacessíveis.
111. Tem capacidade para reconhecer pontos de vista alternativos, mesmo em assuntos que despertam emoções intensas.
112. Costuma ser despreocupado (a) com as consequências das suas ações, parece sentir-se imune ou invulnerável.
113. Aparece não sentir remorso por danos ou prejuízos causados aos outros.
114. Costuma ser crítico (a) com os outros.
115. Costuma quebrar coisas ou tornar-se fisicamente violento (a) quando irritado (a).
116. Costuma ver nas outras pessoas os próprios sentimentos e impulsos inaceitáveis ao invés de em si mesmo (a).
117. É incapaz de se acalmar ou se confortar quando estressado (a); precisa da atenção de outra pessoa para regular o próprio afeto.
118. Costuma ver as experiências sexuais como repugnantes ou nojentas.
119. Costuma ser inibido (a) ou retraído (a); tem dificuldade em reconhecer ou expressar os próprios desejos e impulsos.
120. Possui padrões éticos e morais e se esforça para mantê-los.
121. É criativo (a); é capaz de ver as coisas ou enfrentar os problemas de modo inovador.
122. As moradias onde vive costumam ser caóticas ou instáveis (ex. os ambientes são temporários, transitórios ou mal definidos; podem não ter telefone ou endereço fixo).
123. Costuma aderir rigidamente às rotinas diárias e se torna ansioso (a) ou desconfortável quando elas são alteradas.
124. Costuma evitar situações sociais por medo de sentir vergonha ou humilhação.
125. A aparência ou os modos parecem esquisitos ou peculiares (ex. aparência, higiene, postura, contato visual, ritmo da fala, etc. parece de alguma forma estranho (a) ou

“esquisito (a)”).

126. Parece possuir um limitado ou pequeno repertório de emoções.

127. Costuma se sentir mal compreendido (a), maltratado (a), ou vitimizado (a).

128. Fantasia encontrar um amor perfeito e ideal.

129. Costuma se sentir conflituado (a) em relação a autoridade (ex. pode sentir que deve se submeter, se rebelar, buscar aprovação, derrotar, etc.).

130. Processos de raciocínio ou experiências perceptuais parecem esquisitas e idiossincráticas (ex. pode fazer inferências aparentemente arbitrárias; pode ver mensagens escondidas ou significados especiais em eventos comuns).

131. Possui dificuldade em se permitir experimentar emoções prazerosas intensas (ex. excitação, alegria, orgulho).

132. Costuma ter vários envolvimento sexuais; é promíscuo (a).

133. Costuma ser arrogante, desdenhosamente orgulhoso (a) ou indiferente.

134. Costuma agir impulsivamente, sem considerar as consequências.

135. Apresenta medos infundados de contrair doenças; costuma interpretar dores e mal-estares corriqueiros como sintomas de doenças; é hipocondríaco (a).

136. Costuma ser supersticioso (a) ou acreditar em fenômenos sobrenaturais ou mágicos (ex. astrologia, tarô, cristais, percepção extra-sensorial, auras, etc.).

137. Demonstra evidências de desejos ou interesses homossexuais inconscientes (ex. pode ser excessivamente homofóbico (a), ou pode mostrar sinais de atração por pessoas do mesmo sexo sem ter consciência disso).

138. Tende a entrar em estados alterados ou dissociados de consciência quando aflito (a) (ex. sente a si mesmo ou o mundo como estranhos, não familiares ou irrealis).

139. Costuma ser rancoroso (a); pode ruminar insultos ou desconsiderações por um longo período de tempo.

140. Tem uma perversão sexual ou um fetiche; segue um roteiro rígido ou exige condições específicas para poder obter gratificação sexual.

141. É extremamente identificado (a) com uma “causa” social ou política numa intensidade que parece excessiva ou fanática.

142. Costuma fazer gestos ou ameaças repetidas de tentativas de suicídio, seja “como um pedido de ajuda” ou tentando manipular os outros.

143. Costuma acreditar que somente poderá ser valorizado (a) por pessoas de alto status, assim como acredita que deve ligar-se exclusivamente a pessoas que são superiores ou “especiais”.

144. Costuma se ver como alguém lógico (a) e racional, não influenciado (a) por emoções; prefere agir como se as emoções fossem irrelevantes ou inconsequentes.

145. A fala costuma ser circunstancial, vaga, dispersa, tangencial, etc.

146. Costuma provocar tédio nas outras pessoas (ex. é capaz de falar incansavelmente, sem expressar sentimentos ou sobre assuntos sem importância).

147. Costuma abusar de bebidas alcoólicas.

148. Possui pouco insight sobre as próprias motivações, comportamentos etc.; é incapaz de considerar interpretações alternativas para as próprias experiências.

149. Costuma se sentir excluído (a); e/ou como “alguém de fora”; sente como se ele/ela não fizesse parte da situação ou grupo.

150. Costuma se identificar com pessoas admiradas num grau exagerado; costuma se tornar um (a) admirador (a) ou um (a) “discípulo (a)” (ex. “pega emprestado” atitudes, crenças, maneirismo, etc., de outra (s) pessoa (s)).
151. Parece sentir que as experiências passadas são uma serie de eventos soltos ou desconexos; tem dificuldade de apresentar uma história de vida coerente.
152. Costuma reprimir ou esquecer eventos estressantes ou distorcer as lembranças relativas a esses eventos até o ponto de não mais reconhecê-los.
153. Relacionamentos interpessoais costumam ser instáveis, caóticos e de curta duração.
154. Costuma gerar reações extremas ou despertar sentimentos intensos nos outros.
155. Costuma descrever as experiências de modo genérico; não tem vontade ou é incapaz de oferecer detalhes específicos.
156. Possui uma distorção na imagem corporal; se vê como não atraente, grotesco (a), nojento (a), etc.
157. Costuma tornar-se irracional quando emoções fortes são despertadas; chega a demonstrar um declínio visível em seu nível de funcionamento normal.
158. Parece temer um compromisso amoroso de longa duração.
159. Costuma negar ou rejeitar as próprias necessidades de cuidado, conforto, envolvimento, etc., ou considerar tais necessidades inaceitáveis.
160. Não tem amigos nem relacionamentos íntimos.
161. Costuma abusar de drogas ilícitas.
162. Expressa sentimentos ou crenças contraditórias sem demonstrar estar incomodado com essa inconsistência; tem pouca necessidade de resolver a contradição entre as ideias.
163. Parece querer se “punir”; cria situações que levam a infelicidade ou ativamente evita oportunidades prazerosas e gratificantes.
164. Costuma agir ou sentir como se fosse moralmente superior aos outros.
165. Costuma distorcer desejos ou sentimentos inaceitáveis transformando-os em seu oposto (ex. pode expressar uma preocupação ou afeição excessiva enquanto demonstra sinais de uma não reconhecida hostilidade; sugere repulsa sobre assuntos sexuais enquanto demonstra sinais não reconhecidos de interesse ou excitação, etc.).
166. Costuma oscilar entre uma atitude descontrolada ou supercontrolada a respeito das próprias necessidades e impulsos (ex. suas necessidades e desejos são expressos impulsivamente e com pouca consideração pelas consequências ou então são repudiados sendo permitida pouca expressão dos mesmos).
167. Demonstra ao mesmo tempo precisar e rejeitar os outros (ex. deseja intimidade e cuidado, mas costuma rejeitá-los quando lhe são oferecidos).
168. Luta com desejos suicidas genuínos.
169. Teme tornar-se parecido (a) com um de seus pais (ou figura substitutiva desses) com o qual tem fortes sentimentos negativos, fará o possível para evitar/rejeitar atitudes ou comportamentos associados com aquela pessoa.
170. Costuma ser opositor (a), desafiador (a) ou pronto para discordar.
171. Parece temer ficar só; busca a qualquer custo evitar ficar sozinho (a).
172. Experimenta uma disfunção sexual específica durante a relação sexual ou nas tentativas de relação sexual (ex. inibição do orgasmo ou vaginismo nas mulheres;

impotência ou ejaculação precoce em homens).

173. Costuma ficar preso (a) nos detalhes, frequentemente chegando ao ponto de perder o que é significativo numa dada situação.

174. Espera ser perfeito (a) (ex. na aparência, nas conquistas, no desempenho, etc.).

175. Costuma ser responsável e consciente de compromissos e obrigações.

176. Costuma confundir os próprios pensamentos, sentimentos ou traços de personalidade com os dos outros (ex. pode usar as mesmas palavras para descrever a si mesmo (a) e a outra pessoa, acredita que os dois compartilham pensamentos e sentimentos idênticos, lida com a pessoa como se fosse uma “extensão sua”, etc.).

177. Repetidamente convence os outros de que está comprometido (a) em mudar seu comportamento, mas volta novamente a apresentar os mesmos problemas anteriores; tende a convencer os outros de que “desta vez vai ser diferente”.

178. Preocupa-se com o sentimento de que algo ou alguém foi perdido de modo irre recuperável (ex. amor, juventude, a chance de ser feliz, etc.).

179. Costuma ser cheio (a) de disposição e extrovertido (a).

180. Tem dificuldade em tomar decisões, costuma ser indeciso (a) ou vacilar quando precisa fazer escolhas.

181. Costuma escolher parceiros (as) sexuais ou companheiros (as) que parecem inapropriados em termos de idade, status (ex. social, econômico, intelectual), etc.

182. Costuma ser controlador (a).

183. É psicologicamente capaz de insight; é capaz de compreender a si mesmo e aos outros de um modo perspicaz e sofisticado.

184. Suas verbalizações parecem incoerentes com os afetos que as acompanham ou incoerentes com as mensagens não-verbais concomitantes.

185. Costuma expressar raiva de forma inapropriada e intensa, desproporcional à situação do momento.

186. Tem dificuldade em dirigir sentimentos ternos e sexuais em relação a uma mesma pessoa (ex. vê as pessoas como respeitáveis e com virtudes, ou como objetos sexuais e de excitação, mas não ambos).

187. Costuma se sentir culpado (a) ou envergonhado (a) em relação aos seus interesses ou atividades sexuais (consciente ou inconscientemente).

188. A vida profissional/laboral costuma ser caótica ou instável (ex. os trabalhos parecem ser sempre temporários, transicionais ou mal definidos).

189. Costuma se sentir infeliz, deprimido (a) ou desanimado (a).

190. Aparenta sentir-se privilegiado (a) e superior esperando tratamento preferencial.

191. As emoções costumam mudar rápida e imprevisivelmente.

192. Costuma ser super preocupado( a) com regras, procedimentos, ordem, organização, programações, etc.

193. Faltam-lhe habilidades sociais, tende a ser socialmente esquisito (a) ou inadequado (a).

194. Tenta manipular as emoções dos outros para obter o que deseja.

195. Costuma estar constantemente preocupado (a) com a morte ou o morrer.

196. É capaz de encontrar sentido e satisfação na busca de objetivos e ambições de longo prazo.

197. Costuma buscar ou criar relacionamentos interpessoais nos quais se coloca no papel de cuidador (a), salvador (a) ou protetor (a) dos outros.

198. Não é verbalmente articulado (a), possui limitada habilidade de se expressar com as palavras.

199. Costuma ser passivo (a) e indeciso (a).

200. É capaz de formar relacionamentos próximos e duradouros caracterizados por apoio mútuo e troca de experiências.

**Apêndice C – WAI-O (N= 12)**

Objetivos: Caracteriza-se pela negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da psicoterapia em termos de resultados.

3. Há uma preocupação sobre os resultados das sessões.
- 6 . Há uma percepção compartilhada sobre os objetivos do cliente na terapia.
9. Há uma necessidade de clarificar a finalidade das sessões.
10. Há desacordo acerca dos objetivos da terapia. 12. Apresentam-se dúvidas ou falta de entendimento sobre o que os participantes estão tentando fazer na terapia.
14. Há percepção mútua de que os objetivos da sessão são importantes para o cliente.
22. O cliente e o terapeuta estão trabalhando para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.
25. Como resultado destas sessões há uma clareza sobre como será possível para o cliente mudar.
27. O cliente e o terapeuta têm ideias diferentes acerca de quais são os verdadeiros problemas do cliente.
30. Tanto o cliente como o terapeuta colaboram na definição dos objetivos da sessão.
32. O cliente e o terapeuta estabeleceram um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas cliente.
34. O cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.

Tarefa. Refere-se a atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para instigar ou facilitar as mudanças.

2. Há um acordo sobre as tarefas tomadas que podem ajudar a melhorar a situação do cliente.
4. Há um acordo sobre a utilidade da atividade na terapia (p. ex. cliente está vendo novas maneiras de olhar para os seus problemas).
7. Há uma sensação de confusão entre cliente e terapeuta sobre o que eles estão fazendo na terapia.
11. Percebe-se que o tempo da terapia não é utilizado de um modo eficaz.
13. Há um acordo sobre as responsabilidades do cliente na terapia.
15. Percebe-se que o que o cliente e o terapeuta estão fazendo na terapia não está

relacionado com as preocupações atuais do cliente.

16. Paciente e terapeuta concordam que o que está sendo feito na terapia irá colaborar para que o cliente alcance as mudanças que deseja.

18. Há uma clareza no que o terapeuta quer que o cliente faça.

24. Há um acordo acerca daquilo que é importante para o cliente trabalhar.

31. O cliente está frustrado(a) com as coisas que faz na terapia.

33. O processo terapêutico não faz sentido para o cliente.

35. O cliente crê que o modo como eles estão trabalhando com o seu problema é correto.

**Vínculo** Refere-se a ligações pessoais entre cliente e terapeuta, que se desenvolvem na atividade compartilhada da psicoterapia, gosto e respeito mútuo.

1. Há uma sensação de desconforto na relação.

5. Há bom entendimento entre o cliente e o terapeuta.

8. Terapeuta e paciente parecem gostarem-se mutuamente.

17. O cliente está consciente de que o terapeuta está genuinamente preocupado com o seu bem-estar.

19. O cliente e terapeuta respeitam-se mutuamente.

20. O cliente sente que terapeuta não é totalmente honesto acerca daquilo que sente em relação a ele/ela.

21. O cliente sente confiança na capacidade do terapeuta em lhe ajudar.

23. O cliente sente que o terapeuta lhe aprecia como pessoa.

26. Há confiança mútua entre cliente e terapeuta.

28. Tanto cliente quanto terapeuta vêem sua relação como importante para cliente.

29. O cliente teme que se disse ou fizer algo errado, o terapeuta deixará de trabalhar ele/ela.

36. O cliente sente que o terapeuta o respeita se preocupa ele/ela mesmo quando o cliente faz coisas que pode desaprovar o terapeuta.

### **Apêndice D – Itens do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS)**

Item 1: O paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos ao terapeuta (*versus* faz comentários de aprovação ou admiração).

Item 2: O terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, como, por exemplo, postura corporal, gestos.

Item 3: As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente.

Item 4: Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.

Item 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.

Item 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.

Item 7: O paciente está ansioso ou tenso (*versus* calmo e descontraído).

Item 8: O paciente está preocupado ou conflituado com sua dependência do terapeuta (*versus* confortável com a dependência ou querendo a dependência).

Item 9: O terapeuta é distante, indiferente (*versus* responsivo e efetivamente envolvido).

Item 10: O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.

Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.

Item 12: Ocorrem silêncios durante a sessão.

Item 13: O paciente está animado ou excitado.

Item 14: O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.

Item 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.

Item 16: Há discussão sobre funções corporais, sintomas físicos ou saúde.

Item 17: O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou Introduzindo novos assuntos).

Item 18: O terapeuta transmite um sentido de aceitação não-crítica (Obs.: a colocação na direção do extremo não-característico indica desaprovação, falta de aceitação).

Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.

Item 20: O paciente é provocador, desafia os limites da relação terapêutica (Obs.: a colocação na direção do extremo não característico indica que o paciente se comporta de maneira submissa).

Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.

Item 22: O terapeuta focaliza os sentimentos de culpa do paciente.

Item 23: O diálogo tem um foco específico.

Item 24: Os conflitos emocionais do próprio terapeuta invadem a relação.

Item 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.

Item 26: O paciente experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos).

Item 27: O terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (*versus* adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo).

Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.

Item 29: O paciente fala sobre querer estar separado ou distante.

Item 30: A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou sistema de crenças.

Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.

Item 32: O paciente adquire uma nova compreensão ou *insight*.

Item 33: O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.

Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.

Item 35: A autoimagem é um foco de discussão.

Item 36: O terapeuta assinala o uso de manobras defensivas pelo paciente; por exemplo, anulação, negação.

Item 37: O terapeuta se comporta como um professor (de maneira didática).

Item 38: Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.

Item 39: Existe um tom competitivo na relação.

Item 40: O terapeuta faz interpretações que fazem referência a pessoas reais da vida do paciente (Obs.: a colocação na direção do extremo não-característico indica que o terapeuta faz interpretações gerais ou impessoais).

Item 41: As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.

Item 42: O paciente rejeita (*versus* aceita) os comentários e observações do terapeuta.

Item 43: O terapeuta sugere o significado do comportamento de outros.

Item 44: O paciente se sente cauteloso ou desconfiado (*versus* confiante e seguro).

Item 45: O terapeuta adota uma atitude de apoio.

Item 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.

Item 47: Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar, num esforço para melhorar a relação.

Item 48: O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.

Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflitados sobre o terapeuta.

Item 50: O terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pelo paciente (por exemplo, raiva, inveja ou excitação).

Item 51: O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.

Item 52: O paciente conta com o terapeuta para resolver seus problemas.

Item 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.

Item 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.

Item 55: O paciente transmite expectativas positivas sobre a terapia.

Item 56: O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus sentimentos (Obs.: avalie como neutro se o afeto e o envolvimento forem aparentes,

mas modulados).

Item 57: O terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento.

Item 58: O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas.

Item 59: O paciente se sente inadequado ou inferior (*versus* eficiente e superior).

Item 60: O paciente tem uma experiência catártica (Obs.: avalie como não-característico se a expressão emocional não for acompanhada de uma sensação de alívio).

Item 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (*versus* à vontade e seguro).

Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.

Item 63: Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.

Item 64: O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão.

Item 65: O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente.

Item 66: O terapeuta é diretamente encorajador (Obs.: coloque na direção do não-característico se o terapeuta tende a se abster de proporcionar apoio direto).

Item 67: O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou ideias, rejeitadas ou inconscientes.

Item 68: Significados reais *versus* fantasiados das experiências são ativamente diferenciados.

Item 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.

Item 70: O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.

Item 71: O paciente é auto acusatório; expressa vergonha ou culpa.

Item 72: O paciente entende a natureza da terapia e o que é esperado.

Item 73: O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.

Item 74: O humor é utilizado.

Item 75: Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.

Item 76: O terapeuta sugere que o paciente aceite responsabilidade por seus problemas.

Item 77: O terapeuta não tem tato.

Item 78: O paciente busca aprovação, afeição ou simpatia do terapeuta.

Item 79: O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.

Item 80: O terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente.

Item 81: O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.

Item 82: O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.

Item 83: O paciente é exigente. Item 84: O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos.

Item 85: O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de comportar-se com os outros.

Item 86: O terapeuta é seguro ou autoconfiante (*versus* inseguro ou defensivo).

Item 87: O paciente é controlador.

Item 88: O paciente traz temas e material significativos.

Item 89: O terapeuta age para fortalecer defesas.

Item 90: Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.

Item 91: Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.

Item 92: Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados com situações ou comportamentos do passado.

Item 93: O terapeuta é neutro.

Item 94: O paciente sente-se triste ou deprimido (*versus* alegre ou animado).

Item 95: O paciente sente-se ajudado.

Item 96: Há discussão sobre horários ou honorários.

Item 97: O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos.

Item 98: A relação terapêutica é um foco de discussão.

Item 99: O terapeuta questiona a visão do paciente (*versus* valida as percepções do paciente).

Item 100: O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.