

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

COMO SE ESTABELECE A ALIANÇA TERAPÊUTICA EM SITUAÇÕES DE  
PSICOTERAPIA OBRIGATÓRIA?

Natacha Hennemann de Oliveira

Mestranda

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

Orientadora

São Leopoldo, abril de 2013.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

COMO SE ESTABELECE A ALIANÇA TERAPÊUTICA EM SITUAÇÕES DE  
PSICOTERAPIA OBRIGATÓRIA?

Natacha Hennemann de Oliveira

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

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

São Leopoldo, abril de 2013.

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**COMO SE ESTABELECE A ALIANÇA TERAPÊUTICA EM SITUAÇÕES DE  
PSICOTERAPIA OBRIGATÓRIA?**

Natacha Hennemann de Oliveira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

**BANCA EXAMINADORA**

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

(Orientadora)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Helena Freitas Ceitlin (UFRGS)

(Membro)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elisa Medici Pizão Yoshida (PUC de Campinas - São Paulo)

(Membro)

São Leopoldo, abril de 2013.

O48c Oliveira, Natacha Hennemann de.

Como se estabelece a aliança terapêutica em situações de psicoterapia obrigatória? / Natacha Hennemann de Oliveira. – 2013.

90 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2013.

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

## **DEDICATÓRIA**

À minha família e, especialmente ao meu marido Guilherme,  
por tudo que representa em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Chegado ao fim desta construção, quero agradecer àqueles que contribuíram para que este momento fosse possível:

Aos pacientes atendidos que aceitaram participar da pesquisa.

A todos os profissionais do IPASEM, em especial às colegas Adriana de Oliveira Karini Cioccarri e Carolina Trois, pela oportunidade e ajuda na aplicação da pesquisa.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti, pelo carinho com o qual me acolheu, pela paciência nos momentos de dúvida e pelos ensinamentos ao longo do meu processo de construção desta dissertação.

Aos professores do curso, em especial A Prof<sup>a</sup>. Dra. Fernanda Serralta, pela contribuição na elaboração do projeto de dissertação.

Aos meus colegas Kelin Zabtoski, Viviane Heckler, Edilson Pastore e Guilherme Wendt, pelo apoio nos momentos de angústia e sugestões que contribuíram de alguma forma para meu trabalho.

A minha família, que sempre me incentivou e apoiou em todos os projetos que me envolvi.

Em especial ao meu marido, Guilherme Becker, pela paciência, incentivo, apoio e compreensão, principalmente pelos momentos de ausência.

## SUMÁRIO

<b>Resumo.....</b>	10
<b>Introdução.....</b>	12
<b>Seção I: Aliança Terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação.....</b>	15
Resumo.....	15
1 Introdução.....	17
2 A origem histórica da aliança terapêutica.....	18
3 Aspectos do terapeuta e do paciente e a aliança terapêutica.....	23
4 As rupturas da aliança terapêutica.....	28
4.1 Modelo de resolução de ruptura por afastamento.....	29
4.2 Modelo de resolução de ruptura por confrontação.....	30
5 Considerações finais.....	32
Referências.....	34
<b>Seção II: Como se estabelece a aliança terapêutica em situações de psicoterapia obrigatória?.....</b>	39
Resumo.....	39
1 Introdução.....	41
2 Psicoterapia obrigatória.....	43
2.1 A AT na psicoterapia obrigatória.....	47
2.2 Atravessamentos da psicoterapia obrigatória.....	47
3 Objetivos.....	51
3.1 Objetivos específicos.....	51
4 Método.....	51
4.1 Amostra.....	52
4.2 Instrumentos.....	52
4.3 Coleta de dados.....	54
4.4 Análise dos dados.....	55
4.5 Considerações éticas.....	55
5 Resultados.....	55
6 Discussão.....	62
Conclusão.....	65

Referências.....	67
<b>Anexos</b> .....	74
Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética da UNISINOS.....	75
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
Anexo C - Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia (CALPAS-p).....	77
Anexo D - Questionários de Estilos Defensivos (DSQ-40) .....	80
Anexo E - Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI-O).....	84
Anexo F - Questionário baseado no Mac Arthur Admission Experience Scale (AES-15).....	87
Anexo G - Escala de Sintomas (SCL-90-R).....	88



## LISTA DE TABELAS

### Seção II-

Tabela 1 – Resultados comparativos da SCL -90- R.....	56
Tabela 2 – Resultados comparativos da CALPAS – p.....	57
Tabela 3 – Resultados comparativos DSQ- 40.....	58
Tabela 4 – Resultados comparativos da SCL-90-R em pacientes que sentiram-se ou não obrigados a iniciar psicoterapia.....	59
Tabela 5 – Resultados comparativos da CALPAS-p em pacientes que sentiram-se ou não obrigados a iniciar psicoterapia.....	60
Tabela 6 - Resultados comparativos da DSQ-40 em pacientes que sentiram-se ou não obrigados a iniciar psicoterapia.....	61

## RESUMO

Esta dissertação de mestrado volta-se para o conhecimento, aprimoramento e aplicação de questões relativas ao vínculo que se estabelece entre paciente e terapeuta durante a psicoterapia, a chamada aliança terapêutica (AT). O trabalho está organizado em dois artigos, um teórico e outro empírico. O artigo teórico trata de um levantamento assistemático, que dirige-se ao conhecimento da origem histórica do conceito da aliança terapêutica, desde sua origem na psicanálise até sua concepção atual de constructo ateuórico. A partir dessa concepção, a aliança terapêutica (AT) é apresentada como um constructo imprescindível tanto para o andamento da psicoterapia como para a obtenção de resultados positivos. Além disso, são discutidos uma série de fatores que podem contribuir ou prejudicar o estabelecimento da aliança, tais como características do paciente e do terapeuta. Dessa forma, o artigo mostra que se esses fatores não forem observados, pode ocorrer o que chamamos de rupturas da AT. Essas rupturas podem se manifestar por distanciamento ou por confrontação do paciente, e cabe ao terapeuta identificá-las e trabalhá-las para evitar o abandono precoce do tratamento.

O segundo artigo busca de uma forma empírica entender como se estabelece a AT em um contexto específico que é a psicoterapia obrigatória. Para isso, foram avaliados 51 pacientes, divididos em dois grupos: psicoterapia obrigatória (N=15) e psicoterapia buscada de forma voluntária (N=36). Os pacientes de ambos os grupos estavam em psicoterapia na mesma instituição e, antes de iniciarem a psicoterapia, foram avaliados em relação aos mecanismos defensivos (DSQ-40), às representações objetivas (BORRTI – O) e ao nível de gravidade dos sintomas (SCL-90-R). Após a quinta sessão, os pacientes foram novamente avaliados em relação à AT (CALPAS-p) e à percepção de coerção (através de um questionário baseado no *MacArthur Admission Scale*- AES-15). Os resultados apontam que apesar do grupo obrigatório apresentar sintomas mais graves, e um maior número de sujeitos ter se sentido obrigado a ingressar na psicoterapia que o grupo obrigatório original, não houve diferenças significativas entre os grupos obrigatório e não obrigatório em relação à AT. Dessa forma, verificou-se que é possível o estabelecimento da AT, mesmo no contexto obrigatório de atendimento psicoterápico.

**Palavras-chave:** Aliança terapêutica, rupturas da aliança, psicoterapia obrigatória

## ABSTRACT

This dissertation addresses itself to the knowledge, improvement and implementation of issues related to the bond that is established between patient and therapist during psychotherapy, called the therapeutic alliance (TA). The work is organized in two papers, one theoretical and one empirical. The theoretical paper addresses the knowledge of the historical origin of the concept of the therapeutic alliance, from its origins in psychoanalysis until its current conception of atheoretical construct. Based on this concept, the therapeutic alliance (TA) is presented as an essential construct for both the progress of psychotherapy as to obtain positive results. In addition, a number of factors are discussed that can help or hinder the establishment of the alliance, such as characteristics of the patient and the therapist. Thus, the paper shows that if these factors are not observed, TA ruptures may occur. These ruptures may manifest by detachment or by patient confrontation, and it is responsibility of the therapist to identify the ruptures and work with them to prevent early abandonment.

The second paper seeks an empirical manner of understanding how TA is established in a specific context that is the mandatory psychotherapy. To this end, 51 patients divided into two groups have been evaluated: mandatory psychotherapy (N = 15) and psychotherapy sought voluntarily (N = 36). Patients in both groups were in psychotherapy at the same institution, and before beginning psychotherapy, they were evaluated in relation to defensive mechanisms (DSQ-40), the object representations (BORRTI - O) and the level of severity of symptoms (SCL-90-R). After the fifth session, the patients were again assessed for TA (CALPAS-p) and coercion perception (through a questionnaire based on the MacArthur Admission Scale-AES-15). The results show that although the mandatory group presents more severe symptoms, and a greater number of individuals have felt compelled to join psychotherapy rather than the original mandatory group, there were no significant differences between mandatory and non-mandatory groups in relation to the TA. Thus, it has been found that it is possible to establish the TA, even in the context of mandatory psychotherapy.

**Keywords:** Therapeutic alliance, alliance ruptures, mandatory psychotherapy

## **Introdução**

Esta dissertação de mestrado, intitulada “Como se estabelece a aliança terapêutica em situações de psicoterapia obrigatória?” está inserida na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Este trabalho de pesquisa dirige-se para o aprimoramento do conhecimento de questões relativas à aliança terapêutica (AT), sua formação, manutenção e aplicação em um contexto específico (obrigatório).

Desde os estudos de Freud sobre a técnica (1912), já havia um interesse em entender o vínculo que se formava entre paciente e terapeuta. Com o passar dos anos, diversos autores como Sterba (1934), Zetzel (1956), Greenson (1965) e Bordin (1979) contribuíram para a construção de um constructo, a aliança terapêutica (AT), que embora tenha tido origem na teoria psicanalítica, atualmente é considerada um constructo atóxico e composto por várias dimensões (objetivo, tarefa, vínculo). Não estando vinculado a uma teoria específica, o conceito de aliança terapêutica (AT) vem crescendo em importância devido à possibilidade de se avaliar separadamente seus componentes e à influência de cada uma das partes implicadas (terapeuta e paciente) no processo terapêutico.

O interesse de pesquisadores internacionais a respeito da aliança terapêutica (AT) ampliou-se após estudos como os de Horvath e Symonds (1991) e Horvath e Luborsky (1993) terem relacionado o constructo com a efetividade do tratamento psicoterápico. Desde então, a AT passou a ser considerada como preditora de resultados positivos no tratamento psicoterapêutico, dando-se início a uma série de pesquisas que tentam especificar cada vez mais sua aplicação.

Além disso, o crescimento dos estudos sobre a AT também se deve à inconsistência dos resultados, ao se tentar provar a superioridade de uma técnica sobre a outra nas investigações sobre psicoterapia. Dessa forma, o número de investigações que passaram a avaliar os fatores relacionais implicados no sucesso da terapia em detrimento dos fatores técnicos cresceu enormemente (Safran & Muran, 2006).

A partir do estudo da AT, é possível entender a formação do vínculo entre paciente e terapeuta, além dos fatores das partes implicadas, que podem facilitar ou dificultar o andamento da psicoterapia (Corbella & Botella, 2003). Estando atento a esses fatores, o

terapeuta pode evitar que ocorram as rupturas da AT e o abandono do tratamento (Safran & Muran, 2000).

No entanto, como seria o estabelecimento da AT, quando isso não é uma escolha do paciente? Ou seja, como se estabeleceria a AT em situações de uma psicoterapia obrigatória?

Pesquisas internacionais são controversas quanto aos resultados de tratamentos obrigatórios (Reis & Ramos, 2010; Swartz, Jeffrey & Swanson, 2004; Vidael et al., 2010). Isso ocorre, principalmente, pela especificidade e circunstâncias em que esses estudos são aplicados, tal como em casos de saúde mental (psicopatologias graves, dependência química), em situações envolvendo crimes (como dirigir alcoolizado, casos de violência) ou em função da exposição do indivíduo a situações de abandono, negligência e/ou maus-tratos (no caso de crianças e adolescentes).

Dessa forma, contrariamente ao que se aprende a respeito da psicoterapia, de que o paciente é que deve ter uma demanda e estar motivado para ingressar em um processo psicoterapêutico (Greenson, 1981), verifica-se um maior número de casos em que há necessidade de se realizar psicoterapias obrigatórias. Esse fato pode ser observado também no Brasil, onde o número de situações em que tem sido exigida a psicoterapia obrigatória tem crescido.

Com base nos dados apresentados, iniciamos a realização da presente dissertação, tendo como finalidade o estudo exploratório sobre o estabelecimento da aliança terapêutica em uma situação de psicoterapia obrigatória. Partindo de pesquisas já realizadas sobre o assunto, tivemos a oportunidade de avançar na compreensão do assunto em questão e desenvolver a proposta do trabalho. Assim, a metodologia adotada neste trabalho serve de aporte para a compreensão dos fatores internos e externos dos pacientes submetidos a este tipo de medida (tratamento obrigatório). Esse método diz respeito à aplicação de escalas e instrumentos quantitativos para o levantamento de características dos pacientes que podem estar implicados na formação da AT e na percepção de coerção no momento do encaminhamento para o tratamento psicoterapêutico.

Na Seção I desta dissertação é apresentado o artigo teórico, que abrange aspectos históricos importantes da evolução do conceito de aliança terapêutica. Além disso, são discutidos os fatores do paciente e do terapeuta, implicados na formação da AT segundo a obra de Corbella e Botella (2004), e também os aspectos associados à identificação dos sinais de uma ruptura da AT, baseado na contribuição de Safran e Muran (2000).

Na Seção II, apresenta-se o artigo empírico que teve como objetivo investigar o estabelecimento da AT em uma situação de psicoterapia obrigatória. Para isso, neste estudo participaram 51 pacientes, divididos em um grupo que buscou a psicoterapia de forma voluntária e outro que ingressou no tratamento de forma obrigatória. Todos os casos foram avaliados quanto às características dos pacientes que poderiam influenciar ou não na formação da AT.

## Seção I – Artigo Teórico

### **Aliança Terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação**

#### **Resumo**

A Aliança Terapêutica tem sido apontada como importante sinalizador de resultados em psicoterapia. No entanto, esse constructo é pouco explorado nas pesquisas nacionais. Dessa forma, este artigo teórico tenta preencher algumas lacunas em relação ao estudo da aliança terapêutica (AT), apresentando um apanhado histórico do conceito, desde Freud até a definição de Bordin, utilizada atualmente. Além disso, aborda dois temas importantes de pesquisa relacionados à AT: as características pessoais do paciente e do terapeuta que estão associadas ou não com o estabelecimento e manutenção da AT na terapia, segundo a obra de Corbella e Botella (2004), e os fatores associados ao abandono precoce do tratamento (quando ocorre a ruptura da AT), indicando como identificar, evitar e restaurar a AT, através da contribuição de Safran e Muran (2000). A compreensão do desenvolvimento da formação da AT, bem como os fatores que podem influenciá-la de uma forma positiva, permite que o terapeuta possa fortalecer o vínculo e estruturar um trabalho voltado para a necessidade do paciente.

**Palavras-chave:** aliança terapêutica; paciente; terapeuta; rupturas da aliança

#### **Abstract**

The Therapeutic Alliance has been identified as an important indicator of results in psychotherapy. However, this construct is little explored through research in Brazil. Thus, this theoretical paper attempts to fill some gaps in relation to the study of the therapeutic alliance (TA), presenting a historical overview in which the concept has passed since Freud until the definition presented by Bordin, currently used. Furthermore, it addresses two important research topics related to TA: personal characteristics of the patient and the therapist, which are associated or not with the establishment and maintenance of TA in the therapy, according to the work of Corbella and Botella (2004), and factors associated with early abandonment (when the rupture of TA occurs), how to identify, prevent and restore the AT through the contribution of Safran and Muran (2000). Thus, understanding the formation of AT as well as

the factors that can influence it in a positive way allows the therapist to strengthen the bond and to structure the work directed to the patient's need.

**Keywords:** therapeutic alliance; patient; therapist; alliance ruptures.



## 1 Introdução

A aliança terapêutica (AT), por ser um conceito universal dentre as mais diversas teorias, tornou-se um meio preditivo de avaliar a qualidade, a evolução e o desfecho de distintas modalidades de tratamentos psicoterápicos (Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991). A abrangência do constructo e conseqüente aumento de interesse no estudo da AT resultou da modificação e operacionalização do conceito ao longo dos anos, principalmente pela contribuição do trabalho de Bordin (1979). Assim, de um constructo essencialmente psicanalítico e vinculado à transferência, a AT tornou-se um conceito atóxico, contendo elementos comuns a todas as teorias (objetivo, tarefa e vínculo) e utilizados em diversas investigações em psicoterapia.

Entende-se a AT como se referindo a aspectos conscientes, racionais da relação terapêutica na qual não há distorção e sim colaboração entre paciente e terapeuta. É uma área livre de conflito, que aproveita a experiência passada, baseada no ego, e dessa forma possibilita a manutenção do tratamento. Enquanto que, para a relação transferencial, ficam reservados aspectos irracionais, distorcidos, em que há distorção das informações, repetição das experiências passadas, se colocando dessa forma, como resistência ao tratamento (Cordioli, Calich & Fleck in Eizirik, Aguiar, Schestastsky & col. 1989).

Distintos aspectos relativos à AT têm sido foco desses estudos. Observa-se que o interesse das pesquisas inclui temáticas sobre: a) a influência da AT nos resultados do tratamento (Crits-Christoph et al., 2011; Fernández, Mella & Vinet, 2009; Horvath et al., 2011; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000); b) as características do terapeuta e do paciente associadas ao estabelecimento e manutenção da aliança (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bachelor, 2010; Botella & Corbella, 2011; Corbella & Botella, 2003; Crits-Christoph et al., 2006; Goldman & Anderson, 2007; Horvath, 2001; Horvath & Luborsky, 1993; Patterson, Uhlin & Anderson, 2008; Piper et al., 1991; Tryon, Blackwell & Hammel, 2008); c) o desenvolvimento da AT em diferentes contextos, tal como via internet (Prado & Meyer, 2006), em pacientes internados (Meissner, 2007) e em tratamento obrigatório (Ross, Polaschek & Ward, 2008; Sotero & Relvas, 2012); d) instrumentos para mensurar a AT sob o ponto de vista do terapeuta, do paciente, do observador, avaliando adultos, crianças, pais, famílias e com base em distintos modelos teóricos (Elvins & Green, 2008; Gaston, 1991; Marcolino & Iacoponi, 2001) e, e) a identificação e intervenção nos fatores associados às rupturas da AT (Muran, Safran, Samstag

& Windston, 2009; Ojeda, 2010; Safran & Muran, 2000, 2006; Safran, Muran & Carter, 2011).

Dessa forma, apesar da AT ter surgido a partir da teoria psicanalítica, o conceito vem se expandindo nas últimas décadas. Uma forma de avaliar essa expansão é observar o crescimento de instrumentos dedicados a mensurar a AT, em distintas situações e escolas teóricas, tais como na terapia cognitivo comportamental, na Gestalt e na terapia sistêmica (Elvins & Green, 2008; Gaston, 1991; Marcolino & Iacoponi, 2001). Nesse sentido, Elvins e Green (2008) identificaram 49 versões diferentes de instrumentos para avaliar a AT.

Frente a esse aumento de investigações, Safran e Muran (2006) questionaram o motivo de a AT ter tanta popularidade nas pesquisas nos últimos anos. Consideram que dois aspectos relacionam-se ao interesse sobre a temática. O primeiro se relaciona ao fato de nenhuma teoria ter conseguido provar que sua forma de tratamento é superior, juntamente com fatores comuns de mudança. O segundo refere-se à noção de que a qualidade da AT é vista como preditora de resultados de tratamento, apesar das investigações apontarem que a aliança é responsável por 6% da variância do resultado.

Ainda assim, é evidente a riqueza do constructo frente aos distintos elementos que compõem o processo terapêutico. Nesse sentido, verifica-se que importantes contribuições teóricas têm contribuído com avanços importantes para a identificação e compreensão desses elementos e seu impacto na relação terapêutica.

Com base nesses aspectos, este artigo teórico de levantamento assistemático tem como objetivo apresentar e discutir as principais contribuições de pesquisadores sobre o tema da AT, considerando dois temas fundamentais das pesquisas, a formação e o rompimento da AT. Dessa forma, após uma breve síntese histórica do constructo aliança terapêutica são discutidos os trabalhos sobre as *características pessoais do paciente e do terapeuta* associadas ou não ao estabelecimento e manutenção da terapia, com base, principalmente, na contribuição dos autores Corbella e Botella (2004). Também são destacados os *fatores associados ao abandono precoce do tratamento* (ruptura da AT), considerando tanto a identificação como a possibilidade de restauração da AT através da análise de Safran e Muran (2000).

## **2 A origem histórica da Aliança Terapêutica**

---

Nota: Utilizamos o termo AT quando estamos nos referindo à *aliança terapêutica* e utilizamos o termo aliança, quando estamos nos referindo à *aliança de trabalho, aliança de ego e etc.*, em um contexto mais amplo.

De forma geral, a aliança terapêutica tem sido descrita como um elemento fundamental do processo psicoterapêutico por ser uma das variáveis relacionadas tanto à adesão quanto ao resultado do tratamento (Horvath & Luborsky 1993; Horvath & Symonds, 1991). Nesse sentido, a aliança pode ser considerada como uma pré-condição para que um processo psicoterápico possa se estabelecer (Cordioli, Calich & Fleck, 1989). É também um fator comum em diferentes formas de psicoterapia, independentemente da teoria utilizada, devido ao foco no relacionamento entre terapeuta e paciente no andamento do atendimento (Gomes, Ceitlin, Hauck & Terra, 2008; Horvath & Symonds, 1991).

A preocupação com o papel desempenhado pela *aliança terapêutica* na psicoterapia originou-se na teoria psicanalítica, tendo sido mencionada, primeiramente, nos Estudos sobre a Técnica (Freud, 1913/1996). Entretanto, na ocasião, Freud utilizou os termos *transferência eficaz* e *rapport* para nomear a relação que se estabelece entre médico e paciente. Nesse caso, a “transferência eficaz” seria uma condição para o início do tratamento. Portanto, segundo Freud:

o primeiro objetivo do tratamento é ligar o paciente à pessoa do médico. Para assegurar isto, nada precisa ser feito, exceto conceder-lhe tempo. Se se demonstra um interesse sério nele, se cuidadosamente se dissipam as resistências que vêm à tona no início e se evita cometer certos equívocos, o paciente por si próprio fará essa ligação e vinculará o médico a uma das imagos das pessoas por quem estava acostumado a ser tratado com afeição (1913/1996, p.154).

Posteriormente, Sterba (1934) descreveu o processo de vinculação a aspectos positivos da relação terapêutica como sendo resultante de uma parte saudável e racional do ego do paciente, *aliança de ego (ego alliance)*. Assim, introduziu a noção de que o paciente, ao mesmo tempo em que era influenciado por suas vivências passadas, tinha condições de objetivamente analisar o significado das experiências vividas, via transferência, com o terapeuta. Como resultado, uma parte do paciente associada a experiências externas colaboraria com o terapeuta, permitindo que aspectos inconscientes fossem compreendidos e analisados. Essa experiência é denominada de *dissociação terapêutica*. Indica a capacidade do ego do paciente de sofrer uma cisão (não patológica) em duas partes: uma voltada para a realidade, que colaborava com o terapeuta e outra constituída predominantemente por elementos inconscientes (impulsos do id e da repressão). De acordo com essa concepção, a *dissociação terapêutica* ocorreria apoiada na tarefa da interpretação da transferência do paciente, que permitiria transformar o pensamento em palavra, além de servir como modelo de identificação.

Em relação à conceituação do fenômeno, a parte colaborativa do ego do paciente já fora denominada em 1937 por Bribing como aliança terapêutica (AT). Contudo, foi Elisabeth Zetzel (1956) quem difundiu o termo AT (*therapeutic alliance*), diferenciando-o do já conhecido conceito de transferência ou relação transferencial. A autora distinguiu a transferência em duas partes: AT (para os aspectos colaborativos conscientes da relação, baseados num acordo racional entre terapeuta e paciente) e neurose de transferência (para os aspectos inconscientes e resistentes da relação).

Para Zetzel, a relação terapêutica oscilaria entre períodos dominados pela neurose de transferência e períodos dominados pela aliança terapêutica. No entanto, Zetzel (1956) acreditava que a neurose de transferência só poderia ocorrer através de um processo de regressão que incluiria duas formas de experiência. Em uma delas, o paciente tentaria elaborar as experiências traumáticas infantis. Na outra, por sua vez, haveria uma tendência do sujeito em voltar ao estado anterior em que era gratificado através da fantasia. Essa regressão, na tentativa de elaborar experiências passadas, é necessária para tratar a problemática do paciente, ao passo que a gratificação pela fantasia está ligada à pulsão de morte, ao desejo de permanecer e/ou voltar a um estado de inércia. Isso ocorreria no início do tratamento, quando haveria um aprofundamento do processo analítico necessário para diminuir a resistência ao tratamento. E, desta forma, segundo Zetzel, a *dissociação terapêutica*, postulada por Sterba (1934) só poderia ocorrer após a *regressão terapêutica*, condição necessária para o trabalho analítico.

Assim como Elizabeth Zetzel (1956), Ralph Greenson (1965) desempenhou um importante papel no desenvolvimento do conceito da AT. Greenson (1965) trabalhou com a denominação de *aliança de trabalho* (*working alliance*), em vez de AT. A escolha da nomenclatura se deve à característica de que o conceito enfatiza a capacidade de *trabalho* do paciente no processo de tratamento. Para Greenson, a aliança de trabalho não é um processo terapêutico nem técnico, mas algo que serve para ambos. Ou seja, a aliança é tão importante quanto a neurose de transferência em um processo psicanalítico. Dessa forma, a aliança de trabalho seria uma “identificação temporária e parcial” estabelecida pelo paciente a partir do método de trabalho apresentado pelo analista (Greenson, 1981, p. 50).

Na concepção de Greenson, três vértices compõem a aliança: aspectos do paciente, do analista e do enquadre do cenário analítico. Os aspectos do paciente estão relacionados com a capacidade colaborativa que esse é capaz de estabelecer a partir dos vínculos que teve no passado, mas, principalmente, dos níveis maduros de funcionamento do ego. Segundo ele, o

paciente teria maior capacidade de colaborar com o analista, quando possui defesas egóicas mais maduras.

Quanto às características do terapeuta, Greenson (1965) apontava o empenho em tentar entender e vencer as resistências do paciente, a empatia e sua postura de aceitá-lo sem julgamentos e não tentar dominá-lo. Já o enquadre analítico, formado pela frequência das sessões, a longa duração do tratamento, o uso do divã como técnica terapêutica e os silêncios durante as sessões proporcionavam o *setting* ideal para a emergência da aliança de trabalho, bem como da regressão. Além disso, Greenson (1965) também mencionava em seu trabalho um terceiro elemento na relação terapêutica, além da transferência e da aliança: a relação real. A relação real seria o que não está distorcido e o que é genuíno na relação durante o tratamento.

A contribuição do trabalho desses autores resultou em uma importante transformação na conceituação da AT. Dessa maneira, as contribuições iniciais de Elizabeth Zetzel e Ralph Greenson modificaram o entendimento da situação terapêutica sob o viés exclusivo da transferência, trazendo esse ‘novo elemento’: a aliança terapêutica, conceito que se tornou quase tão importante na psicoterapia quanto a transferência (neurose transferencial). A partir dos postulados desses dois autores psicodinâmicos, houve um crescente interesse nas pesquisas sobre psicoterapia em avaliar a participação/contribuição da aliança terapêutica no processo psicoterapêutico.

Posteriormente, o trabalho de Lester Luborsky (1976) proporcionou um entendimento da aliança sob o ponto de vista temporal. Denominando a aliança terapêutica como ‘*aliança de ajuda*’ ou *helping alliance*, o autor dividiu a aliança em duas fases de acordo com o tempo transcorrido da terapia. A primeira fase da aliança corresponderia ao início da psicoterapia e representaria um momento do relacionamento em que o paciente depende da ajuda e suporte do terapeuta. A segunda fase corresponderia a um relacionamento baseado em um trabalho conjunto (que divide responsabilidades) entre a dupla contra o que esta impedindo o paciente.

Além da importância de se identificar o momento inicial ou final do processo terapêutico em relação à aliança terapêutica estabelecida, outras dimensões do constructo foram introduzidas principalmente através da conceituação de Bordin (1979). Diferentemente do modelo inicialmente apresentado por Sterba (1934) e Zetzel (1956), que entendiam a AT como um único constructo (Martin, Garske & Davis, 2000), Bordin (1979) considerava que a aliança é formada por várias dimensões independentes. Ainda que utilizasse a mesma denominação que Greenson (1965), aliança de trabalho, Bordin (1979) colocou que a aliança é composta por três características essenciais: 1) pelo acordo nos objetivos do tratamento

entre paciente e terapeuta, 2) pelo acordo nas tarefas e 3) pelo desenvolvimento do vínculo (confiança e apego) entre a dupla.

Assim, inicialmente, o motivo da busca de ajuda poderia ser um elemento auxiliar na definição dos objetivos da terapia. Posteriormente, porém, poderiam ocorrer negociações quanto às expectativas do paciente sobre a terapia (objetivos) e os objetivos identificados pelo terapeuta. Portanto, o acordo nas tarefas diz respeito à maneira como o terapeuta e o paciente irão trabalhar para alcançar esses objetivos propostos, colaboração que envolve desde questões concretas como o contrato e o pagamento, até os objetivos maiores do tratamento. Em relação aos vínculos estabelecidos entre a dupla, o autor afirmou que o tipo de vínculo, assim como o tipo de tarefa que o paciente vai desempenhar, dependerá do método terapêutico utilizado. Na psicanálise, por exemplo, a regra fundamental é a associação livre, já a terapia comportamental requer auto-observação e tabulação da frequência de algumas circunstâncias, buscando um comportamento assertivo.

Entretanto, Bordin (1979) acreditava que a força da colaboração entre paciente e terapeuta pode estar mais relacionada à eficácia do tratamento do que aos métodos utilizados. Nessa concepção, afirmava que a força da aliança pode ser entendida como o principal componente para a eficácia da terapia, afirmando que a chamada “*força da aliança* é formada pela aproximação e ajuste do tipo de demanda particular da aliança e as características pessoais do paciente e terapeuta (Bordin, 1979, p. 253).”

O modelo de aliança, segundo Bordin (1979), pode ser ampliado e compreendido como ocorrendo em muitas situações e lugares além da clínica. Nessa direção, basta que haja alguém querendo mudar e alguém que se coloque como sujeito dessa mudança para que se estabeleça uma aliança de trabalho. Um exemplo disso é a relação que se estabelece entre professor e aluno no processo de aprendizagem.

Essa nova concepção da aliança como um conceito cada vez mais distante da leitura transferencial feita pelos autores psicanalíticos foi incorporada pela maioria das escolas psicoterapêuticas americanas, inicialmente por autores da psicologia do ego. Posteriormente, o conceito de Bordin foi expandido e utilizado por diferentes correntes teóricas, devido a seu aspecto ‘transteórico’. Isso porque os elementos contidos em sua formulação de aliança são comuns a todas as teorias e envolvem o objetivo, a tarefa (colaboração) e o vínculo entre paciente e terapeuta. Dessa forma, grande parte das pesquisas que envolvem AT, a partir da década de oitenta, utilizam-se do conceito de Bordin como modelo teórico.

Como resultado, estudos contemporâneos destacam a complexidade dos elementos envolvidos no desenvolvimento, manutenção e até no próprio rompimento da aliança

terapêutica, embasados na noção de que a AT seja definida incluindo distintos níveis de atuação e influência. Neste artigo, conforme mencionado, são destacados os trabalhos acerca do papel do paciente e do terapeuta na formação da AT, bem como as questões ligadas ao rompimento da aliança.

### **3 Aspectos do terapeuta e do paciente e a aliança terapêutica**

Em uma revisão sistemática sobre os principais aspectos do desenvolvimento da aliança terapêutica, Ojeda (2010) aponta que a AT deve ser entendida como um fenômeno complexo que sofre influência de múltiplos fatores. Aspectos tanto do terapeuta, quanto do paciente e da relação estabelecida entre a dupla podem influenciar na formação da AT (Corbella & Botella, 2003), bem como impactam na força da aliança e, com isso, no resultado da terapia (Horvath, 2001). Dessa forma, segundo Ackerman e Hilsenroth (2003), as pesquisas sobre aliança terapêutica têm se dedicado ao entendimento tanto de fatores técnicos quanto de fatores relacionais (como características do paciente e atividades do terapeuta), relacionando-os ao resultado do tratamento.

Com relação ao papel do terapeuta, todos os trabalhos sustentam a noção de que características como: ser “flexível, experiente, honesto, respeitoso, digno de confiança, confiante, interessado, alerta, amigável, calmo e aberto, são atributos que estão correlacionados com a formação de uma forte aliança” (Ackerman & Hilsenroth, 2003, p.28). Da mesma forma, habilidade de comunicação com o cliente, abertura, empatia, experiência e treinamento são indicadas por Horvath (2001) como características do terapeuta com um impacto positivo sobre a AT. Esses aspectos, historicamente, refletem a contribuição de Rogers (1957), um autor que, embora originário da Teoria Humanista, teve um papel de grande contribuição para a compreensão do desenvolvimento da AT, ao enfatizar aspectos essenciais do terapeuta imprescindíveis para o estabelecimento do vínculo, tal como ser empático, congruente e aceitar incondicionalmente o paciente.

Entretanto, diversos trabalhos têm sido desenvolvidos no sentido de ampliar a compreensão sobre a relação do terapeuta no processo de formação da AT e sua relação com o resultado do tratamento, indicando a necessidade de aprofundamento investigativo acerca desse aspecto. Por exemplo, Baldwin, Wampold e Imel (2007) realizaram uma pesquisa no Serviço de Aconselhamento e Pesquisa do Ensino Superior da Universidade de Wisconsin sobre a relativa importância do terapeuta e do paciente na variabilidade da AT. Foram avaliados 331 pacientes e 80 terapeutas, através do OQ-45 (*Outcome Questionnaire - 45*,

Lambert, 2004) e do WAI (*Working Alliance Inventory* – Horvath & Greenberg, 1989), sem levar em conta o diagnóstico do paciente. O resultado foi surpreendente, pois apontou que as variáveis do terapeuta na AT foram consideradas como preditoras de resultados da terapia. Ao contrário, as variáveis do paciente não estavam relacionadas com os resultados do tratamento. Dessa forma, a pesquisa apontou que são os terapeutas que formam fortes alianças com seus pacientes, o que é alcançado através de treinamento específico voltado para desenvolver, monitorar e manter a AT. Essa conduta propicia que os terapeutas possam fornecer um *feedback* ao paciente sobre as características da aliança, ao mesmo tempo em que reorganizam o tratamento, conforme o resultado da avaliação da AT.

Nessa perspectiva, Corbella e Botella, na obra *Investigación em Psicoterapia: Proceso, Resultado e Factores Comunes* (2004), enfatizam a importância de levar em consideração as características do terapeuta na variação do resultado de uma psicoterapia. Os autores apontam múltiplos fatores que devem (ou podem) ser considerados quando se avalia a atuação do terapeuta: 1) características demográficas (como idade, gênero e grupo étnico); 2) características profissionais (formação, experiência e afiliação a uma orientação teórica); 3) aspectos da personalidade do terapeuta; 4) posicionamento frente à prática profissional; 5) atitude terapêutica (atitude integradora ou restritiva) e 6) estilo pessoal (referentes ao desenvolvimento conceitual e as funções que ele deve desenvolver de acordo com seu estilo pessoal). Quanto às características demográficas, fatores como gênero, idade e grupo étnico são considerados pelos autores como não existindo nenhum tipo específico de perfil que possa ser generalizado. Todavia, a combinação com as necessidades do paciente é que torna o gênero, a idade e a etnia do terapeuta como um possível indicador de resultados da terapia. Por sua vez, as características profissionais do terapeuta como formação e experiência podem ser consideradas como relacionadas com a eficácia da terapia. Nesse caso, a habilidade do terapeuta é mais importante que a modalidade de tratamento.

Quanto às variáveis relacionadas à personalidade do terapeuta, Corbella e Botella (2004) apontam o nível conceitual e o estilo cognitivo abstrato e complexo (em vez do estilo cognitivo mais concreto); a flexibilidade e abertura; o bem-estar emocional, valores, atitudes e recursos vitais como características mais favoráveis para o resultado da psicoterapia. Além disso, outras características pessoais do terapeuta imprimem identidade sobre a prática profissional através de sua postura e intervenções. Dessa forma, o posicionamento subjetivo do terapeuta a respeito de sua orientação teórica/conceitual (ele é crítico ou ortodoxo frente à teoria); seu posicionamento frente à investigação em psicoterapia (ele é incrédulo, distante ou aceita de forma reflexiva sua aplicação na clínica), também pode ou não enriquecer e



melhorar sua assistência e resultados na clínica; além de seu posicionamento frente à experiência profissional (o terapeuta consegue fazer uma análise reflexiva e integradora de sua experiência ou não consegue relacionar sua experiência para antecipar situações futuras) devem ser considerados no desenvolvimento da AT.

Terapeutas críticos frente a sua orientação teórica, que aceitam de forma reflexiva a pesquisa em psicoterapia e que utilizam sua experiência de forma integrada, facilitando sua utilização em outras situações, tendem a ter uma probabilidade maior de eficácia na psicoterapia. A atitude terapêutica, ou seja, como o terapeuta vai se posicionar com base na teoria por ele escolhida e colocar em prática as intervenções com seus pacientes, pode ser realizada através de uma atitude integradora ou através de uma atitude restritiva.

A atitude ou modelo integrador consiste na união de duas ou mais orientações psicoterapêuticas, o que permite uma maior diversidade de práticas ou recursos para dar conta da situação trazida pelo paciente. Além disso, inclui a forma como o terapeuta irá se posicionar frente à orientação teórica, à pesquisa e à experiência na clínica, como citado anteriormente. A atitude ou modelo restritivo, ao contrário, aponta para um terapeuta com orientação teórica dogmática, que se mostra incrédulo frente à investigação em psicoterapia.

Por último, Corbella e Botella (2004) apontam o estilo pessoal como a forma do terapeuta se colocar na psicoterapia para aplicar sua técnica na tarefa que pretende desempenhar. Três variáveis colaboram para a formação do estilo pessoal do terapeuta: “a) a posição sócio profissional; b) a situação vital, a personalidade, a atitude e os posicionamentos do terapeuta frente à teoria por ele utilizada; c) os modos dominantes de comunicação que utiliza (Corbella & Botella, 2004, p. 101).” Esses últimos, modos de comunicação na prática profissional, é que resumem o estilo pessoal do terapeuta. Assim, foram identificadas sete atitudes ou traços que funcionam de forma conjunta e que fazem parte da maneira como o terapeuta “se comunica/posiciona” com seu paciente. Esses traços estão citados de forma dicotômica/‘bipolar’, são eles: 1) os terapeutas podem ser rígidos ou flexíveis; 2) ativos ou receptivos; 3) próximos ou distantes; 4) regrados/diretivos ou espontâneos/não dirigidos; 5) estimuladores (dirigidos ao resultado) ou críticos (dirigidos à compreensão); 6) comprometidos ou pouco comprometidos; 7) frente ao uso de procedimentos para atingir o insight: dirigidos a ação ou dirigidos ao insight.

Em resumo, é muito difícil generalizar resultados em psicoterapia devido ao enorme número de variáveis implicadas tanto entre as características do terapeuta quanto do paciente. Dessa forma, não existe um perfil de terapeuta que se mostre mais eficaz para todos os tipos de pacientes, mas combinações de determinadas características entre a dupla.

Para além das questões do terapeuta, segundo Horvath e Luborsky (1993, p.567) há uma série de variáveis do paciente que também influenciam na AT. Nessa dimensão: 1) habilidades interpessoais (qualidade dos relacionamentos, relações familiares e índice de eventos estressantes em sua vida); 2) dinâmica “intrapessoal” (motivação, qualidade das relações objetais e atitudes) e 3) características diagnósticas (severidade dos sintomas no início da psicoterapia e ou prognóstico) são apontadas como determinantes mais influentes na AT.

Entre as habilidades interpessoais encontra-se o suporte social como um representante da qualidade dos relacionamentos e relações familiares. Segundo Luborsky (1994), pessoas que possuem satisfatórias relações interpessoais têm maior chance de desenvolver uma forte AT. Dessa forma, reconhecendo o suporte social como um importante preditor de resultados, Leibert, Smith e Agaskar (2011), ao realizarem um estudo naturalístico para testar o impacto do suporte social e a AT no resultado do tratamento, avaliaram 135 clientes atendidos por 88 aconselhadores no centro clínico de treinamento e aconselhamento da Universidade de Oackland. Os autores identificaram que quando o suporte social foi apontado como baixo, a AT foi ainda mais importante em prever o resultado do tratamento porque, nesse caso, o trabalho do terapeuta focalizou o vínculo cliente-terapeuta. No momento em que o terapeuta passa a fazer parte da rede de suporte social do paciente, é possível propor intervenções dirigidas para aumentar a rede de suporte social do cliente e acelerar a melhora dos sintomas do paciente.

Quanto aos fatores intrapessoais, a motivação do paciente é considerada um dos mais importantes determinantes no processo terapêutico. Freud (1913/2006) já mencionava que o sofrimento experienciado pelo paciente o leva a procurar auxílio, assim “... a força motivadora primária da terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina (p. 157).”

A motivação, portanto, mantém-se como elemento fundamental, sendo apontada nas pesquisas de Orlinsky, Grawe e Parks (1994), e de Lambert e Anderson (1996) como uma variável que influencia positivamente o resultado do tratamento. No entanto, o vínculo estabelecido entre paciente e terapeuta pode modificar a motivação, que pode ser mantida, aumentada ou diminuída. Cabe então ao terapeuta proporcionar as condições necessárias para acolher empaticamente o material trazido pelo paciente, para que juntos possam desenvolver uma boa aliança terapêutica (Yoshida, 2001).

Para além dos aspectos interpessoais e intrapessoais no desenvolvimento da AT, as representações internas vinculares dos pacientes são também elementos que podem afetar o

processo. Portanto, outro ponto a ser identificado são as características intrapsíquicas relativas às relações de objeto. Segundo Melanie Klein (1926/1981), a aliança terapêutica é uma reedição da relação objetal precoce. Assim, só ocorrerá de forma satisfatória se o paciente tiver passado por pelo menos uma relação ‘continente’ para que seja capaz de (re) produzi-la com seu terapeuta. Desta forma, a qualidade das relações objetais também pode ser considerada como um importante indicador da possibilidade de melhorias da sintomatologia e disfunção que levaram o paciente a buscar tratamento psicoterapêutico e um significativo preditor de AT, e de resultados da terapia (Byrd, Patterson & Turchik, 2010; Goldman & Anderson, 2007; Piper et al., 1991).

Nessa direção, Goldman e Anderson (2007) pesquisaram a relação entre a qualidade das relações objetais e a segurança de apego como preditores de uma aliança terapêutica inicial em 55 pacientes vinculados a dois centros de tratamento da Universidade de Ohio. Identificaram que terapeutas que são capazes de antecipar problemas na aliança terapêutica, tal como déficits na segurança de apego, podem suportar melhor essa situação com a chance de resolvê-los de uma forma que não reforce ainda mais as expectativas negativas do paciente. Além disso, é importante para os terapeutas entenderem o histórico de apego do cliente, priorizando uma entrevista inicial como sendo uma forma crucial de formação da AT.

Quanto às características diagnósticas, segundo Botella e Corbella (2011), ao se reduzirem os sintomas do paciente, há uma melhora na relação terapêutica, o que, conseqüentemente, torna a aliança terapêutica mais fortalecida. Nessa mesma direção aponta a pesquisa de Webb et al. (2011), financiada pela Universidade de Washington, que avaliou separadamente que componentes/subescalas da AT - objetivo, tarefas e vínculo- estão mais associados com a mudança de sintomas depressivos em 105 pacientes em tratamento com terapia cognitivo comportamental. O resultado da pesquisa apontou que a mudança nos sintomas dos pacientes estava diretamente relacionada ao bom acordo entre terapeuta e paciente nas subescalas de objetivo e tarefas da AT. Esses achados evidenciam a importância do acordo nos objetivos e tarefas da terapia entre terapeuta e paciente. Por outro lado, o estudo mostra que o vínculo que se estabelece entre terapeuta e paciente é uma consequência dessa mudança de sintomas.

Complementando os aspectos intrapsíquicos no desenvolvimento da AT, a personalidade do paciente também é outro fator determinante na qualidade da AT. Um dos aspectos através dos quais a personalidade se manifesta é o estilo do padrão defensivo estabelecido pelo paciente. Por exemplo, Gomes et al. (2008) avaliaram a relação entre a aliança terapêutica e os mecanismos de defesa usados por 37 pacientes atendidos no

Ambulatório do Serviço de Psiquiatria de Adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esclareceram que, apesar de alguns pacientes da amostra se utilizarem de mecanismos de defesa muito primitivos, foi possível o estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade. Isso sugere que não existe uma correlação significativa entre os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes e o estabelecimento de uma AT de qualidade. Assim, alguns fatores como o treinamento dos terapeutas, as características pessoais e disponibilidade destes, o tipo de relação transferencial e a necessidades dos pacientes, podem ser considerados como influentes nos resultados. Despland et al. (2001) sugere que o treinamento dos terapeutas pode proporcionar uma maior capacidade de conectar-se aos pacientes, apesar de seu comprometimento psíquico pelo adequado ajustamento das intervenções utilizadas.

Nos casos de pacientes chamados “difíceis”, como é o caso de pacientes *borderline*, Peres (2009) recomenda que o manejo da aliança terapêutica seja mais específico. Pois, como aponta Schestatsky (2005), a AT com é frequentemente afetada, devido à tendência desses pacientes em violar o contrato terapêutico.

Pode-se resumir, portanto, que não só determinadas características dos pacientes, como a qualidade de sua de relação objetal, o suporte social, a motivação e o padrão defensivo utilizado têm grande impacto sobre a aliança terapêutica. Além desses aspectos, as características pessoais dos terapeutas, bem como seu treinamento, são imprescindíveis para que a AT se desenvolva com qualidade. Dessa maneira, Ojeda (2010) destaca que a AT deve ser entendida como um fenômeno complexo que sofre influência de múltiplos fatores. Sendo assim, a AT reflete um trabalho conjunto entre terapeuta e paciente em que as percepções de cada um, bem como as expectativas, opiniões e construções, influenciam no estabelecimento da AT (Corbella & Botella, 2003).

Entretanto, mesmo com o maior conhecimento sobre os aspectos a serem trabalhados em psicoterapia, visando o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, rupturas e abandonos terapêuticos são situações que podem ocorrer. Nesse sentido, identificar e compreender os fatores associados a esses fenômenos são passos fundamentais para a qualificação em psicoterapia.

#### **4 As rupturas da aliança terapêutica**

Da mesma forma que alguns elementos fortalecem a AT, existem outros que podem ‘enfraquecê-la/fragilizá-la’. Tal é o caso das chamadas ‘rupturas da AT’. Segundo Safran e Muran (2006), ‘rupturas’ são situações de tensão ou colapso no relacionamento colaborativo

entre a dupla. Elas podem ser consideradas uma quebra na colaboração, comunicação ou entendimento na relação terapêutica (Safran, Muran & Carter, 2011). Embora o termo ‘ruptura’ possa dar uma ideia de que o rompimento do vínculo é definitivo, as rupturas da AT podem surgir com variações de intensidade e nem sempre são percebidas ao mesmo tempo por ambos, paciente e terapeuta. No entanto, é o terapeuta quem precisa, além de identificar essas manifestações de rupturas da aliança, também intervir. Caso o terapeuta não perceba a ruptura ou não faça uma intervenção, ocorrerá o abandono do tratamento pelo paciente.

Para Muran (2001), as rupturas da AT podem ser entendidas também como uma forma de compreender como se organizaram as relações de objeto do paciente. Essas rupturas podem ocorrer quando o terapeuta passa a assumir características e a fazer parte do padrão de relacionamento disfuncional utilizado pelo paciente. Portanto, entender o motivo da ruptura pode ser a chave da mudança.

Duas formas caracterizam as rupturas da AT (Safran & Muran, 2000), distanciamento e confrontação. O distanciamento se apresenta quando o paciente lida com algum aspecto e/ou questões do relacionamento terapêutico se afastando ou se acomodando em relação ao processo terapêutico. Essa forma de ruptura pode ser confundida com uma ‘aliança’, porque o paciente não confronta o terapeuta, mas, enquanto isso, ele pode estar se retirando ‘silenciosamente’ da relação. Por outro lado, na confrontação, o paciente expressa diretamente sua raiva, ressentimento ou insatisfação com o terapeuta ou com algum elemento da terapia.

Com relação à reparação das duas formas de ruptura, Safran e Muran (2000) desenvolveram dois modelos que devem ser utilizados pelo terapeuta, constituídos por cinco estágios para as rupturas por afastamento e seis estágios para as rupturas causadas de forma confrontativa.

#### *4.1 Modelo de resolução de ruptura por afastamento.*

A ruptura por afastamento corresponde à forma como o paciente lida de maneira antecipada à sua insatisfação, se ‘desligando/afastando’ do terapeuta e do tratamento. Os cinco estágios de ruptura por afastamento são: 1) Distanciamento assinalador de ruptura, 2) Desinserir-se e atenção ao sinalizador de ruptura, 3) Afirmação qualificada, 4) Evitação, 5) Autoafirmação.

O modelo por afastamento inicia com os indicadores citados no quadro acima. Estágio nº1, Assinalador do afastamento: esta fase inicia quando o terapeuta passa a fazer parte da matriz relacional do paciente, repetindo uma conduta já experienciada por ele. Dessa forma, o

paciente relaciona-se com o terapeuta através de uma conduta passiva/submissa, sem preocupar-se com ele ou como alguém que o desconsidera pela postura diretiva e dominante. O estágio nº 2, *Desinsserir-se*: corresponde ao momento em que o terapeuta e o paciente se dão conta dessa ruptura. O terapeuta deve ficar atento a sua participação no que está ocorrendo e dirigir a atenção do paciente para o ‘aqui e agora’ da relação. Além disso, o terapeuta deve mostrar-se com uma curiosidade empática e receptiva, mesmo aos sentimentos negativos do paciente. O estágio nº 3- *Afirmção qualificada*: diz respeito ao momento em que o paciente começa a verbalizar sua experiência de ruptura. O paciente expressa sua insatisfação e logo depois ‘suaviza’ o que disse ou retira. A intervenção do terapeuta, nesses casos, deve ser de facilitar a expressão do paciente. Ele também deve explorar e diferenciar os estados do *self*, oferecendo um *feedback* ao paciente sobre o que está ocorrendo. O estágio nº4- *Evitação*: aponta para um bloqueio do paciente em continuar se expressando sobre as rupturas, devido a crenças e expectativas que os pacientes têm sobre eles mesmos e sobre os outros. As intervenções que podem ser usadas nesses casos são: mudar o tema, falar de forma genérica não referindo questões do aqui e agora e utilizar um tom de voz suave com o paciente, para tentar romper com a resistência. No estágio nº5- *Autoafirmação*: o paciente consegue expressar seus desejos subjacentes ao terapeuta, além de aceitar sua responsabilidade sobre suas necessidades. Para isso, o terapeuta deve ter uma postura empática e não julgar o paciente.

#### 4.2 Modelo de resolução de ruptura por confrontação.

A ruptura por confrontação corresponde a seis estágios de ruptura: 1) Confrontação assinaladora da ruptura, 2) *Desinsserir-se*, 3) Exploração do constructo, 4) Evitação da agressão, 5) Evitação da vulnerabilidade e 6) Vulnerabilidade.

O modelo de resolução de ruptura por confrontação, embora seja mais fácil de ser identificado, exige muito mais esforço do terapeuta em função dos sentimentos despertados pela agressividade dirigida pelo paciente. Segundo Safran e Muran (2000), as etapas deste modelo são as seguintes: 1º- *Confrontação*: conforme a Tabela nº1, a postura adotada pelo terapeuta não pode vir ao encontro do que o paciente está esperando – confrontação. Assim, o terapeuta deve evitar responder de uma maneira defensiva às demandas e ‘ataques’ do paciente. A etapa nº 2 - *Desinsserir-se*: nessa etapa é preciso que o terapeuta se desvencilhe da situação de hostilidade e ‘contra hostilidade’, mostrando ao paciente essa ‘disputa’ que se sucede. É preciso que os terapeutas reconheçam sua implicação nesse cenário, tentem restabelecer o espaço analítico ‘comunicando o não dito’, para que o paciente sinta-se seguro

para poder falar de sua insatisfação, além de articular com aspectos da vida do paciente. O terapeuta precisa dar um *feedback* ao paciente sobre seu impacto e contribuição na interação e ajudar para que ele consiga reconhecer-se como autor de suas ações. Na etapa nº3 - *Exploração do constructo*: ambos participantes devem conseguir construir o que ambos elaboraram sobre sua interação. O terapeuta precisa clarificar as percepções do paciente sobre seus sentimentos de raiva, decepção e prejuízo, para que ele fique ciente do conteúdo que está sendo renegado por ele. Porém, isso deve ser feito sem que haja uma interpretação propriamente dita, pois essa intervenção poderia aumentar ainda mais a resistência do paciente. Na etapa nº4 - *Evitação da agressão*: até mesmo os pacientes que se mostram mais agressivos com seus terapeutas tentam evitar os sentimentos de ansiedade e culpa gerados por essa hostilidade, justificando-se para afastar a sensação de ameaça provocada por sua agressividade. Dessa forma, é importante que o terapeuta monitore as mudanças nos estados de *self* do paciente, para poder ajudá-lo a ampliar seu entendimento sobre seu funcionamento que pode estar causando essas mudanças. Na etapa nº 5 - *Evitação da vulnerabilidade*: ocorre uma tentativa do paciente de se manter afastado de sentimentos vulneráveis. Para isso, ele pode até regredir para um estado que lhe é mais familiar e, portanto, mais seguro. O papel do terapeuta é de novamente tornar isso consciente ao paciente para entender o que provoca essas mudanças. Na etapa nº 6 - *Vulnerabilidade*: o objetivo é acessar os desejos subjacentes do paciente, para que ele consiga entender suas necessidades (ex. proteção, proximidade), expressas através da ruptura, sem que elas necessariamente precisem ser satisfeitas.

Safran e Muran (2000) apontam que as rupturas podem ocorrer não só em um nível mais profundo e subjacente, como nos modelos de distanciamento e confrontação anteriormente apresentados, mas também de uma forma mais superficial. Para exemplificar de que maneira ocorrem essas rupturas, os autores utilizaram o modelo de Bordin (1979) e somente substituem a palavra ‘acordo’, utilizada pelo autor, por ‘desacordo’. Assim, a ruptura poderia ocorrer devido a: desacordos nas tarefas, nos objetivos e tensão no vínculo entre terapeuta e paciente.

Essas rupturas podem ser mensuradas através do paciente, do terapeuta ou da perspectiva do observador (Safran, Muran & Carter, 2011). Os autores propõem seis intervenções que podem ser realizadas por parte do terapeuta para evitar as rupturas da aliança: a) repetir o raciocínio racional: ajudar o paciente fazendo uma interpretação da transferência para tentar ligar e explorar a relação entre suas reações na terapia com outro relacionamento que pode ajudá-lo a tornar consciente os padrões destrutivos; b) mudar tarefas e objetivos quando houverem desacordos; c) clarificar os desentendimentos entre a dupla; d)

explorar os temas relacionais associados com a ruptura; e) ligar a ruptura da aliança com padrões comuns na vida do paciente; f) proporcionar novas experiências relacionais (Safran et al., 2011).

## **5 Considerações finais**

A AT que inicialmente fundava-se na questão transferencial passou a ser entendida como um constructo ateuórico, devido à sua aplicabilidade em diversas correntes teóricas. Dessa forma, a AT foi entendida como um fator comum e relacionada ao sucesso do resultado da psicoterapia. Ao longo do tempo as pesquisas sobre a AT tornaram-se mais específicas, assim como as medidas utilizadas para aferi-la. Os mais de 50 instrumentos diferentes existentes para avaliar a AT nos mais diversos contextos demonstram que o interesse e, portanto, utilidade do constructo só tem crescido na literatura mundial.

Com base nos trabalhos apresentados neste artigo, vimos que as questões tanto do paciente, do terapeuta, quanto da relação construída por eles são fundamentais para o êxito terapêutico. E que as questões do terapeuta (com seu estilo pessoal, conhecimento e experiência) têm igualmente gerado interesse nas pesquisas. Nesse caso, as pesquisas assinalam que, para além das questões do paciente, o terapeuta também deve ser levado em consideração quando se avalia um processo psicoterapêutico e o desenvolvimento da AT. Finalmente, são vários os aspectos que podem dificultar o estabelecimento da aliança e, portanto, que podem promover sua ruptura. Estes aspectos devem ser identificados, explorados e trabalhados pelo terapeuta para evitar que ocorra um abandono precoce do tratamento.

Sob uma perspectiva mais ampla, a importância desses trabalhos reflete o fato de que a pesquisa em psicoterapia é atualmente uma área em expansão. Porém, considerando a produção nacional, ainda é necessário um maior número de pesquisas em que os resultados possam ser ampliados (pesquisas quantitativas), com objetivos mais específicos e com maior rigor metodológico.

Levando em conta essas questões, verifica-se que as pesquisas brasileiras ainda buscam respostas que eram mundialmente questionadas na década de 70. Precisamos, portanto, avançar não só na temática de pesquisa, mas na forma de construir meios para que a pesquisa nacional possa avançar. Dessa forma, apesar deste estudo ter se limitado a identificar as contribuições internacionais sobre a AT de forma assistemática, ao longo das últimas décadas, sugere-se que sejam ampliados os estudos, investigando os fatores específicos



relacionados à eficácia e efetividade dos processos psicoterapêuticos, visando qualificar os atendimentos psicoterápicos.

## **Referências**

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33. DOI: 10.1016/s0272-7358(02)00146-0
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous & Mental Disease, 181*(4), 246-256.
- Bachelor, A. (2010). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy, 28*, 543-549. DOI: 10.1037/h0085885
- Baldwin, S., Wampold, B., & Imel, Z. (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
- 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
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología, 101*, 21-34. DOI: 10.4067/S0718-48082008000100008
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 47*(4), 631-636. DOI: 10.1037/a0022080
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología, 19*(2), 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Editorial Vision Net.
- Cordioli, A., Calich, J., & Fleck, M. (1989). Aliança terapêutica: uma revisão de conceito. In Eizirik, C., Aguiar, R., & Schestatsky, S., *Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática (pp 226-236)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Crits-Christoph, K., Nardocci, J., Chamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy, Research, 16* (3), 268-281. DOI: 10.1080/10503300500268557
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance - outcome correlation is larger than

- you might think. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 79(3), 267–278. DOI: 10.1037/a0023668
- Despland, J. N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal Psychotherapy Practice and Research*, 10, 155-164. DOI: PMC3330648 (ISSN)
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: A empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Fernández, P. M., Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación com la alianza terapêutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287. DOI: 1668-7027 (ISSN)
- Freud, S. (1912) *A dinâmica da Transferência: Novas recomendações aos médicos que exercem psicanálise*. Em: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, 12.
- Freud S. (1913). *Sobre o Início do Tratamento: Novas recomendações aos médicos que exercem psicanálise*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, 12.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scale- patient version. *Psychological Assessment*, 3(1), 68-74. DOI: 10.1037/h0085885
- Goldman, G., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 111-117. DOI: 10.1037/0022-0167.54.2.111
- Gomes, F., Ceitlin, L., Hauck, S., & Terra, T. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do RS*, 30(2), 109-114. DOI: 10.1590/S0101-81082008000300006
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x
- Greenson, R. R. (1981). *A técnica e a prática em psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Horvath, A. O. (2001, Setembro). Psychotherapeutic relationships that work. In 17° Annual Meeting of Society for the Exploration of Psychotherapy Integration. Santiago de Chile, Chile.

- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *American Psychological Association*, 48(1), 9-16. DOI: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. DOI: 10.1037/0022-006X.47.5.882.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. DOI: 10.1037/0022-0167.38.2.139.
- Klein, M. (1926/1981). Fundamentos psicológicos da análise infantil. In *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou.
- Lambert, M. J., & Anderson, E. (1996). Assessment for the time-limited psychotherapies. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 15, 23-42.
- Leibert, T., Smith, J., & Agaskar, V. (2011). Relationship between the Working Alliance and social support on counseling outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 709-719. DOI: 10.1002/jclp.20800
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp.92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp.38-50). New York: Wiley.
- MarMaecolino, J. A., & Iacoponi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 88-95. DOI: 10.1590/S1516-44462001000200007
- Marcolino, J. A., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86. DOI: 10.1590/S1516-44462003000200006
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. DOI: 10.1037//0022-006X.68.3.438
- Marziali, E., & Alexander, L. (1991). The power of therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 383-391. DOI: 10.1037/h0079268

- Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231–254. DOI: 10.1037/0736-9735.24.2.231
- Muran, J. (2001). *Self-relations in psychotherapy process*. American Psychological Association: Washington D.C.
- Muran, J., Safran, J., Gorman, B., Samstag, L., Eubanks-Carter, C.; & Winston, A. (2009). The relationship of the early alliance ruptures and withdrawal rupture markers and rupture resolution strategies to process and outcome and the three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 46, 233-248. DOI: 10.1037/a0016085
- Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Revista GPU*, 6(3), 284-295.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy- Noch ein mal. In A. Bergin & J. S. Garfield, (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-378). New York: Wiley and Sons.
- Patterson, C. L., Uhlin B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of de working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 528-534. DOI: 10.1037/a0013289
- Peres, R. (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
- Piper, W., Azim, H., Joyce, A., McCallum, M., Nixon, J., & Segal, P. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 432-438. DOI: 10.1097/00005053-199107000-00008
- Prado, O. Z. & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257. DOI: 10.1590/S1413-73722006000200003
- Reis, T., & Ramos M. (2010). Trabalho psicológico compulsório com homens envolvidos em violência doméstica. *Psicologia IESB*,2(1), 70-80.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. DOI: 10.1037/h0045357
- Ross, E. C., Polaschek, D. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480

- DOI: 10.1016/j.avb.2008.07.003
- Safran, J., Muran, J. (2000). *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Safran, J., Muran, J., & Carter, C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 286-291. DOI: 10.1037/h0085885
- Safran, J., Muran, J., & Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. DOI: 10.1037/a0022140
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *Int. J Psychoanal*, 15,117-126. DOI: 10.1177/000306519404200310
- Schestatsky, S. S. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. In Eizirik, C. L., Aguiar, R.W., & S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 606-627). Porto Alegre: ArtMed.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24 (1), 187-196. DOI: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Swartz, M. S., & Swanson, J. W. (2004). Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 546-562.
- Tryon, G., Blackwell, S., & Hammel, E. (2008). The magnitude of client and therapist working alliance ratings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 546-551. DOI: 10.1037/a0014338
- Viadel, M., Nicolás, C., Prieto, J. F., Calatayud, V., & Beneyeto, M. (2010). Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*,3(2),50-54. DOI: 10.1016/j.rpsm.2010.03.001
- Webb, C. A., DeRubies, R. J., Amsterdam, J. D. Shelton, R. C., Hollon, S. D. & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279-283. DOI: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Yoshida, E. (2001). Psicoterapia Breve Dinâmica: Critérios de Indicação. *Revista Mackenzie*, 3, 43-51.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-*

## **Seção II – Artigo Empírico**

### **Como se estabelece a aliança terapêutica em situações de psicoterapia obrigatória?**

#### **Resumo**

Vários estudos de diferentes perspectivas teóricas têm apontado que a qualidade da aliança terapêutica tem um papel significativo em prever o resultado do tratamento. No entanto, o desenvolvimento da aliança terapêutica em psicoterapia obrigatória constitui uma tarefa desafiadora para os terapeutas que trabalham com pacientes sob estas circunstâncias. O objetivo deste estudo foi avaliar se existe diferença no estabelecimento da aliança terapêutica entre os atendimentos obrigatórios e os atendimentos buscados de forma espontânea na psicoterapia psicanalítica breve. Participaram da pesquisa 51 sujeitos, divididos em um grupo psicoterapia obrigatória (N=15), que foi comparado com um grupo controle de pacientes em tratamento voluntário (N=36). Ambos os grupos foram selecionados em uma instituição pública de saúde que oferece psicoterapia para funcionários públicos municipais, tanto voluntário como de maneira obrigatória. Ao iniciarem a psicoterapia, os indivíduos de ambos os grupos foram avaliados em relação aos mecanismos de defesa (DSQ-40), representação de objeto (Borrti-O) e quanto à gravidade dos sintomas que apresentavam (SCL-90-R). Após

cinco sessões, os pacientes foram novamente avaliados em termos do desenvolvimento da aliança terapêutica (CALPAS-p) e percepção de coerção. Os resultados apontaram que apesar dos pacientes obrigatórios apresentarem sintomas mais graves, foi possível o estabelecimento da AT. Além disso, não houve diferenças significativas na formação da AT entre os dois grupos.

**Palavras-chave:** tratamento voluntário - involuntário, aliança terapêutica.

### **Abstract**

Several studies from different theoretical perspectives have shown that the quality of the therapeutic alliance has a significant role in predicting the result of the treatment. However, the development of the therapeutic alliance in mandatory psychotherapy is a challenging task for therapists who work with patients under these circumstances. The aim of this study was to evaluate whether there are differences in the establishment of the therapeutic alliance between mandatory appointments and the ones sought spontaneously in brief psychoanalytic psychotherapy. A sample of 51 subjects participated in the research; they were divided into one mandatory psychotherapy group (N=15) that was compared with a control group of patients in voluntary treatment (N=16). Both groups were selected from a public health institution that provides psychotherapy for municipal employees, both voluntary and involuntary treatment referrals. To begin psychotherapy, individuals in both groups were evaluated in relation to defense mechanisms (DSQ-40), object representation (BORRTI-O) and the severity of presenting symptoms (SCL-90-R). After five sessions, patients were re-evaluated in terms of the development of therapeutic alliance (CALPAS-p) and coercion perception. The results showed that although mandatory patients present more serious symptoms, it was possible to establish the AT. Furthermore, there were no significant differences in the formation of AT between the two groups.

**Keywords:** voluntary - involuntary treatment, therapeutic alliance.



## 1 Introdução

A crescente demanda de atendimentos psicoterápicos compulsórios<sup>1</sup> é uma realidade que tem exigido dos profissionais da psicologia uma adequação das intervenções terapêuticas dirigidas para esses casos. Atualmente, ocorrem diversas situações em que a psicoterapia não é uma escolha do paciente, mas uma obrigação. Nesses casos, há uma exigência de atendimento obrigatório/involuntário originada de diversas demandas judiciais, tais como situações envolvendo crianças vítimas de abuso sexual, famílias em situação de vulnerabilidade social, cuidadores que estão na eminência de perder o *poder familiar* de seus filhos, homens que agrediram fisicamente suas companheiras, dependentes químicos graves e doentes mentais graves, dentre outros.

A relação não voluntária foi definida por Thibaut e Kelley (como citado em Chui & Ho, 2006) como sendo composta pelos seguintes elementos: quando o paciente se sente forçado a permanecer nela, seja por coação psicológica ou legal, inexistindo alternativas válidas ou atrativas; quando o paciente não pode deixar o tratamento porque o custo de deixá-lo é muito alto; e quando a pessoa acredita estar em desvantagem nessa relação por não ter melhores alternativas de escolha. Rooney (1999) aponta que para que um cliente receba o *status* de “involuntário”, basta que ele se sinta pressionado a aceitar ajuda.

Na literatura, são identificados os termos *psicoterapia compulsória*, *psicoterapia obrigatória* e *involuntária*. No primeiro caso, trata-se de uma determinação judicial e, no segundo, de uma determinação interna de uma instituição ou de decisão de uma outra pessoa que não o paciente. Neste trabalho, utilizaremos os termos *compulsório* e *obrigatório*, como sinônimos de um atendimento involuntário, porque em ambos a necessidade/demanda de atendimento foi identificada por um ‘outro’, que exige tratamento como condição para que o suposto paciente possa obter algum benefício.

De acordo com a Resolução nº 1598/00, artigo 15 do Conselho Federal de Medicina (condizentes com as obrigações internacionais na área dos direitos humanos), sobre a internação e tratamento de pessoas com transtornos mentais, podemos considerar que a internação/tratamento pode ocorrer de quatro formas distintas: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial após processo regular. A forma voluntária é realizada de acordo com a vontade expressa do paciente. A forma involuntária ocorre independente da vontade do paciente, quando este não tem condições de decidir, mas não se opõe ao tratamento. A internação compulsória ocorre contra a vontade do paciente, por motivo clínico e através de decisão de um magistrado. Portanto, podemos pensar que a

questão do tratamento obrigatório/involuntário pode ser bem mais sutil e frequente do que se supõe, não ocorrendo somente sob o contexto jurídico. Outra maneira, portanto sem demanda judicial, são as situações em que os pacientes são encaminhados por escolas, instituições públicas, instituições empregadoras, familiares e/ou cônjuges. Nesses casos, a busca pelo atendimento também não é espontânea e existe uma exigência para que o paciente permaneça em atendimento.

Por sua vez, em um processo psicoterapêutico existem condições consideradas mais propícias para a obtenção de resultados satisfatórios, como a motivação do paciente. Segundo Greenson (1981), a motivação seria o que levaria o paciente a uma psicoterapia, visando superar sua doença e sensação de desamparo. Além disso, a motivação constituiria a origem da *aliança terapêutica*, considerada o vínculo positivo e consciente entre paciente e terapeuta (Greenson, 1965), por esse motivo é que o paciente estaria racionalmente disposto a colaborar e seguir as recomendações do terapeuta.

Além da motivação, existem outros fatores de indicação para uma psicoterapia que podem ou não contribuir na obtenção de resultados satisfatórios. Dessa forma, segundo Yoshida (2001), tanto a escolha do modelo teórico quanto condições específicas para o tratamento, quanto os recursos internos do paciente, do terapeuta e a qualidade da relação estabelecida entre eles (*aliança terapêutica*), influenciam no processo psicoterápico. Assim, o vínculo estabelecido entre paciente e terapeuta pode modificar a motivação, que pode ser mantida, aumentada ou diminuída. Cabe então ao terapeuta proporcionar as condições necessárias para acolher empaticamente o material trazido pelo paciente, para que juntos possam desenvolver uma boa *aliança terapêutica* (Yoshida, 2001).

Todavia, como se estabeleceria a *aliança terapêutica* nas situações obrigatórias? Considerando a *aliança terapêutica* como um fator fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica, além de um conceito comum e panteórico em psicoterapia, neste trabalho buscamos compreender como se estabeleceria esse vínculo quando o paciente é obrigado a iniciar uma psicoterapia e permanecer em atendimento psicoterapêutico, independente de sua vontade.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo investigar a *aliança terapêutica* na psicoterapia obrigatória, visando contribuir para o entendimento sobre a formação do vínculo entre paciente e terapeuta nessa modalidade de atendimento. Inicialmente, discutiremos as principais situações clínicas associadas ao atendimento obrigatório, destacando-se as questões que podem influenciar esse tipo de psicoterapia como os atravessamentos institucionais, a postura do terapeuta frente a essa demanda de atendimento e, principalmente, a possível

influência das características do paciente (como sua percepção de coerção sobre o atendimento obrigatório, o grau de severidade do sintoma que o mesmo apresenta os mecanismos de defesa de que mais se utiliza e suas representações objetivas). Por último, apresentam-se os dados da investigação empírica que compara o estabelecimento da AT em dois grupos, um em que os pacientes procuraram atendimento voluntariamente e outro em que os pacientes foram obrigados a iniciar a psicoterapia independentemente de sua vontade.

## **2 Psicoterapia obrigatória**

Diversos países têm adotado modalidades de tratamento psicoterapêutico não voluntário tanto como uma medida para tratar patologias mentais graves (através de tratamento ambulatorial e hospitalização), quanto para tentar tratar pessoas envolvidas com o sistema de justiça criminal, como abusadores sexuais infantis, usuários de álcool e drogas e outros (Galatayud & Beneyto, 2010; Lake, 1985; Opjordsmoen et al., 2010; Viadel, Nicolás, Prieto,).

O tratamento psicoterapêutico ambulatorial involuntário é uma prática frequente com pacientes portadores de doença mental grave em vários países como EUA, Canadá, Reino Unido, Nova Zelândia, França, Alemanha, Áustria e Israel. Na Espanha, esse tipo de prática é utilizado desde 2003, a partir da criação de uma legislação específica. O tratamento ambulatorial involuntário – TAI ou ordens de tratamento compulsórias - CTOs consistem em diferentes tipos de medidas judiciais sem internação que tem por objetivo fazer com que pacientes com doença mental grave permaneçam em atendimento evitando as re-hospitalizações e abandono do tratamento (Nakhost, Perry & Frank, 2012; Viadel et al., 2010).

Uma pesquisa realizada pelo serviço de psiquiatria do Hospital Clínico Universitário de Valência avaliou a eficácia do tratamento ambulatorial involuntário (Viadel et al., 2010). Assim, foi investigado se pacientes psiquiátricos com tratamento ambulatorial involuntário (TAI) reduziam o uso de serviços de saúde mental em comparação com um grupo controle, não submetido a essa medida judicial. O resultado indicou que os pacientes com TAI tiveram uma redução no número de vezes que precisaram utilizar os serviços de urgência e no número de internações e tempo de permanência de cada internação. No entanto, essa redução não foi significativamente maior, se comparada ao grupo controle, quando foram realizados os ajustes quanto ao diagnóstico, sexo, idade e uso prévio dos serviços hospitalares. Após o ajuste dos dados, ao ser avaliada através da redução do uso de serviços hospitalares, a efetividade do TAI ficou comprometida e estatisticamente não se mostrou mais eficaz. No entanto, o TAI foi

extremamente eficaz quando os critérios de avaliação foram a aderência ao tratamento durante o período da medida, a satisfação do paciente e a evolução desse paciente após a medida judicial.

Outra pesquisa que sugere a efetividade do tratamento ambulatorial involuntário foi realizada por Nakhost et al. (2012). Nesse trabalho foram avaliados pacientes psiquiátricos que tinham sido submetidos a Ordens de Tratamento Comunitárias (CTOs) durante um período de nove anos em dois hospitais universitários canadenses (McGill University Hospitals). Os resultados apontaram uma significativa redução no número de re-hospitalizações durante o período da medida de tratamento (CTOs).

Por outro lado, a *internação hospitalar compulsória*<sup>3</sup> pode ocorrer quando o paciente oferece risco a outras pessoas ou a ele mesmo. Além disso, a perda da autonomia para avaliar seu padrão não adaptativo, devido a sua doença mental; quadros psicóticos graves (delírios e alucinações), situações de depressão com risco de suicídio, nos transtornos alimentares como anorexia e dependência química, também são critérios utilizados para a internação compulsória (Barros & Serafim, 2009).

Quando não existe uma cobrança judicial, os pacientes são considerados “voluntários”, mas como citado anteriormente, a iniciativa de buscar o tratamento não é sempre do paciente. Nos casos em que escolas, empresas, familiares e cônjuges solicitam que o indivíduo busque tratamento como uma forma de controle/cuidado e talvez até de punição, ele nem sempre chega para atendimento por acreditar possuir necessidade de permanecer no relacionamento terapêutico. O paciente não percebe atrativos no relacionamento, ao mesmo tempo em considera que o custo de deixá-lo seria muito alto, sentindo-se em desvantagem no relacionamento. Seu status, então, é de cliente involuntário (Thibaut & Kelley, 1959 como citados em Chui & Ho, 2006).

No Brasil, as aplicações da psicoterapia obrigatória ocorrem: no tratamento de agressores para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha (Granja & Medrado, 2009), e no tratamento psicológico de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, bem como de suas famílias, (de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - Brasil, 1990, artigo 129, incisos II e III). Nessa situação, segundo Ribeiro, Costa, Penso, Almeida e Nogueira (2010), a obrigatoriedade do atendimento

---

3- De acordo com a Lei 10.216/2001, art. nº6: são considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (Barros & Serafim, 2009).

não impede o engajamento e investimento da vítima e de sua família no tratamento. Porém, para que isso ocorra, é tarefa do terapeuta transformar essa obrigação em demanda.

Em uma pesquisa realizada com homens violentos, que foram obrigados a frequentar o atendimento psicoterápico para não serem presos (por terem agredido fisicamente suas companheiras), Reis e Ramos (2010) verificaram que os participantes iniciam o atendimento contra a sua vontade, mostrando-se desconfiados e confusos quanto ao trabalho a ser realizado. Entretanto, no decorrer das sessões, percebeu-se que a demanda existia, mas era sufocada, porque os participantes ainda não confiavam nos terapeutas e os enxergavam como parte de uma sociedade que lhes era adversa e lhes trazia consequências desagradáveis. Dessa forma, os homens só conseguiram expor suas demandas quando estabeleceram uma relação de confiança com os terapeutas e puderam, assim, investir no trabalho. Ao final dos atendimentos realizados, foi possível identificar algumas mudanças nas falas e posturas dos homens que participaram do grupo. Percebeu-se que, mesmo a partir de uma demanda compulsória, promoveu-se um trabalho que resultou em reflexões e investimento desses homens em suas vidas e relacionamentos.

Essa mudança de opinião nos pacientes que recebem atendimento compulsório e após o período de tratamento passam a aprovar a medida resulta do que Ward e Allivane (1979) chamam de “mito motivacional”. Eles identificaram que o desejo e a voluntariedade dos clientes aparecem no início do tratamento, mas que estes tendem a abandoná-lo quando os sintomas se reduzem. Em contrapartida, o cliente compulsório é forçado a persistir e pode aprender a ser menos resistente ao tratamento.

No atendimento psicoterapêutico obrigatório, portanto, existem inúmeros fatores que podem contribuir ou dificultar o andamento e resultado do tratamento. Entre esses fatores está a *percepção de coerção* (Kaltiala-Heino, Laippala, & Salokangas, 1997). Isto é, o quanto o paciente, mesmo tendo sido referido de forma compulsória ao atendimento, sente-se realmente coagido a procurar a psicoterapia. Nessa direção, o grau do impacto da coerção no resultado do tratamento está associado com pior resultado de tratamento e evolução do paciente. Quanto maior a coerção, podem se manifestar sentimentos negativos no paciente, além de expectativas negativas sobre o resultado do tratamento, dificultando o estabelecimento de uma relação de confiança entre o paciente e os profissionais no tratamento (Kaltiala-Heino et al., 1997)

Para investigar como os pacientes se sentem em atendimento compulsório, Iversen, Hoyer e Sexton (2007) avaliaram a percepção legal e objetiva de coerção para determinar como a coerção pode afetar a satisfação dos pacientes com doenças psiquiátricas agudas,

internados em um hospital psiquiátrico universitário norueguês. O estudo apontou que 51% dos pacientes admitidos involuntariamente relataram baixos níveis de percepção de coerção, enquanto que 34% relataram altos níveis de coerção, sendo que 18% desses foram expostos a situações objetivas de coerção (uso da força física), sustentando a idéia de que a coerção legal foi usada de forma estratégica com esses pacientes. Ou seja, o que afeta a relação é a percepção de coerção do paciente em relação ao seu tratamento, e não necessariamente a forma compulsória de encaminhamento para o tratamento. Mesmo nos pacientes que perceberam o encaminhamento como coercitivo, ao longo do tempo essa percepção vai diminuindo à medida que o tratamento vai reduzindo os sintomas positivos e melhorando o funcionamento global do paciente (Fiorillo et al., 2012).

A percepção de coerção também está associada aos pré-requisitos legais que cada país estabelece para a admissão involuntária, além do local e tipo de cuidado (Kjellin, Hoyer, engberg, Kaltiala-Heino & Sigurjo'nsdo'ttir, 2006). Por exemplo, Watson e Andersein (2009) compararam pacientes internados compulsoriamente e voluntariamente em um hospital para tratamento de casos graves de anorexia, identificando que muitos dos pacientes internados compulsoriamente para o tratamento da anorexia comunicaram à equipe no momento da 'alta hospitalar' que reconheceram e aprovaram a necessidade de tratamento. Expondo que, se no futuro fosse necessário uma nova internação, os cuidadores poderiam fazê-lo novamente, mesmo de forma compulsória.

Nesse contexto de atendimento psicoterapêutico obrigatório/compulsório, observa-se que a literatura é inconclusiva, apontando estudos com resultados contraditórios quanto à efetividade de medidas de atendimento como TAI e CTOs (Frank, Perry, Kean, Sigman & Geagea, 2005). Dessa forma, algumas das situações supracitadas expõem casos de atendimentos psicoterapêuticos que obtiveram êxito, mesmo sendo compulsórios. Esses exemplos demonstram que a obrigatoriedade de tratamento nem sempre é sinônimo de fracasso. No entanto, sabe-se que, na prática clínica, a obrigatoriedade do tratamento pode dificultar o estabelecimento do vínculo entre paciente e terapeuta e tornar a intervenção mais complexa, devido a fatores como a falta de solicitação de ajuda, a inexistência de um motivo e/ou a negação do problema (Fritz, 2006). Nesse caso, está em questão o estabelecimento da aliança terapêutica, que é entendida como a relação/vínculo que se estabelece entre paciente e terapeuta durante o tratamento.

A AT é composta por características do paciente, do terapeuta e do *setting*. O conceito mais utilizado atualmente é o de Bordin (1979), que entende a AT como sendo composta por três características essenciais: 1) acordo nos objetivos do tratamento entre

paciente e terapeuta, 2) acordo nas tarefas e 3) desenvolvimento do vínculo (confiança e apego) entre a dupla.

### *2.1 A AT na Psicoterapia Obrigatória*

De acordo com a pesquisa de Strasburger, Gutheil e Brodsky (1997), os aspectos da negociação da AT na psiquiatria forense são muito distintos daqueles encontrados no *setting* clínico. Nas avaliações forenses, o bem da sociedade tende a substituir o bem do avaliado. Nesse contexto, a empatia e a falta de confidencialidade ficam comprometidas, além na questão da neutralidade, que pode ser prejudicada pelo atravessamento da instituição que solicita a avaliação/tratamento. Os autores não acreditam que o estabelecimento da AT sob tais circunstâncias seja impossível, mas que não devemos tentar aplicar o mesmo conceito utilizado nos contextos terapêuticos no trabalho forense porque, nesses casos, as diferenças superam as semelhanças.

No entanto, para Sotero e Relvas (2012), o estabelecimento da aliança nas situações de psicoterapia obrigatória é influenciado por diversos fatores que fortalecem ou não o estabelecimento do vínculo entre o terapeuta e o paciente. Por esse motivo, é importante a identificação dos fatores que facilitam e prejudicam o desenvolvimento da aliança terapêutica nos tratamentos obrigatórios. Dessa forma, pode-se desenvolver uma intervenção que atenda às especificidades desse tipo modalidade de atendimento, tornando a psicoterapia obrigatória promotora de mudanças duradouras na vida de um maior número de pacientes a ela submetidos. Para que isso ocorra, Francischelli (2007) menciona que o processo psicoterapêutico somente inicia quando o analista consegue “colocar o tratamento no paciente”. Isso só ocorre se o analista vencer suas próprias resistências, para não somá-las com as que o paciente traz, aumentando assim a chance do paciente permanecer em tratamento.

### *2.2 Atravessamentos na psicoterapia obrigatória*

Nos casos de terapia com clientes involuntários, existem muitas outras questões implicadas, como o fato dos terapeutas/profissionais não serem escolhidos pelo paciente, mas pela instituição ‘inimiga’ (Ackerman, Colapinto, Scharf, Weinshel & Winawer, 1991; Ross, Polaschek & Ward, 2008). Além disso, em algumas instituições, como no caso das agências e serviços de proteção à criança, é o mesmo profissional que avalia, monitora, controla, ‘pune’ e trata os pacientes, o que poderia gerar muita resistência e uma terapia sem confiança, devido aos múltiplos papéis do terapeuta. No entanto, apesar disso, os autores acreditam que ainda

assim é possível construir um tipo de contrato diferente com esses pacientes, construir uma verdadeira aliança terapêutica e tratar um problema que o paciente nega ter (Ackerman et al., 1991).

Também, o papel do terapeuta na relação com clientes obrigatórios e ou involuntários é bem mais complexo que no tratamento de clientes que buscaram o tratamento voluntariamente. Essa complexidade se deve aos múltiplos atravessamentos que a psicoterapia sofre nesses casos. Dessa forma, a postura do terapeuta pode dificultar ou impedir o progresso da terapia a partir desse entendimento. Algumas das situações apontadas por Osborn (1999) dizem respeito ao fato de que os terapeutas podem formar uma opinião antecipada sobre sua relação com o paciente, antes mesmo do encontro da dupla. O fato de o terapeuta ter informações detalhadas sobre as características do cliente, como periculosidade, história de fracasso em programas de terapia, além de outros rótulos negativos, pode criar expectativas negativas sobre o cliente, influenciando no vínculo e objetivos terapêuticos e, por consequência, na AT (Ross et al., 2008). Entretanto, essa visão pode ser alterada continuamente durante a fase inicial do tratamento.

Da mesma forma, existem os fatores contra transferenciais (Lake, 1985; Ross et al., 2008) como: 1) o conflito do terapeuta com as obrigações indicadas pelo tribunal com tais clientes 2) sua falha em falar com o cliente sobre os objetivos do encaminhamento judicial; 3) dificuldade de expor para o cliente quais são os critérios para o sucesso da terapia; 4) dificuldade em conseguir utilizar a resistência do cliente a favor do tratamento (Davis & Brodsky, 1992); 5) falta de preparo técnico específicos para lidar com esse tipo de situação (Lake, 1985), que podem influenciar na psicoterapia.

Jerry Lake (1985) reforça a importância do terapeuta nesse tipo de situação, afirmando que, para o êxito da terapia, o terapeuta deve ter disposição para atender esse tipo de demanda específica. Pois, tradicionalmente, trabalhadores de saúde mental são ensinados que os pacientes devem estar envolvidos com seus próprios problemas e devem estar internamente motivados para a mudança, buscando atendimento através de esforço próprio. Essa característica pode dificultar ainda mais essa interação. Existe, então, a necessidade dos terapeutas terem uma postura muito ativa, porque esses pacientes mandatórios precisam de novas referências de realidade de ego e objetos mais adequados para enfrentar novas situações sociais. Terapeutas que se sentem submissos a esse tipo de demanda ou são percebidos pelos pacientes como dependentes de aprovação tendem a fracassar, pois podem levar os pacientes a pensar que seu terapeuta não se importa com eles, além de propiciar um comportamento



atuador. “Clientes involuntários são mais propensos a acreditar nas ações dos terapeutas, que em suas palavras” (Ronney, 1999, p. 2).

Dessa forma, segundo Ribeiro et al. (2010), a obrigatoriedade da participação do sujeito no atendimento não impede o engajamento e investimento necessário para que os objetivos sejam alcançados. Mas é tarefa do terapeuta motivar e envolver o paciente, a ponto de transformar a obrigação em demanda.

Para além das questões institucionais e do terapeuta, existem uma série de variáveis do paciente que também influenciam na AT, independente da obrigatoriedade do atendimento, tal como: habilidades interpessoais (qualidade dos relacionamentos, relações familiares e índice de eventos estressantes em sua vida), dinâmica “intrapessoal” (motivação, qualidade das relações objetivas e atitudes) e as características diagnósticas (severidade dos sintomas no início da psicoterapia e o prognóstico) (Horvath & Luborsky, 1993, p.567). Em síntese, Horvath (2001) aponta que três fatores do cliente têm sido mostrados como impactantes na qualidade da aliança: a severidade do problema, o tipo de prejuízo e a qualidade das relações de objeto ou apego.

Outros autores também destacam as características de personalidade do paciente. Nesse sentido, a personalidade do paciente é apontada como determinante na qualidade da AT, sendo que um dos aspectos através dos quais a personalidade se manifesta é o padrão defensivo estabelecido pelo paciente. Hersoug, Sexton e Hoglend (2002) investigaram a associação entre a AT e os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente e identificaram que o padrão defensivo não influenciou nem na qualidade da AT, nem na melhora na psicoterapia breve. Os sintomas reduziram no início do processo psicoterapêutico e, ao longo do processo, as defesas foram mudando. No entanto, no estudo de Kramer, Roten, Perry e Despland (2009) que avaliou as especificidades dos mecanismos de defesa no transtorno afetivo bipolar relacionando os sintomas com a AT, o resultado foi de que o nível da AT é preestabelecido pelas defesas maduras.

Despland, Roten, Despars, Stigler & Perry (2001) também avaliaram se o funcionamento defensivo do paciente bem como se as técnicas utilizadas pelos terapeutas em psicoterapia breve dinâmica podem influenciar na formação da aliança inicial. Os autores concluíram que o nível de funcionamento defensivo, isoladamente, não interfere na formação da aliança inicial e é menos significativo para a formação da aliança que a intervenção escolhida pelo terapeuta a partir do funcionamento defensivo do paciente. Confirmando estes resultados, um estudo com 37 duplas (paciente e terapeutas), realizada no Programa de Psicoterapia Psicanalítica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com pacientes

com diversas patologias, Gomes, Ceitlin, Hauck, e Terra (2008) avaliaram a influência do nível de funcionamento defensivo dos pacientes na qualidade da aliança terapêutica durante a psicoterapia. Esclareceram que, apesar de alguns pacientes da amostra utilizarem mecanismos de defesa muito primitivos, foi possível o estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade. Isso sugere que a AT de boa qualidade pode ser estabelecida de forma satisfatória, mesmo em pacientes com um nível de funcionamento primitivo. Isso se deve, também, ao treinamento e características pessoais dos terapeutas, que podem proporcionar uma capacidade de conectar-se aos pacientes, apesar de seu comprometimento psíquico. Estes resultados conflitantes apontam que existe a necessidade de estudos mais específicos em relação aos mecanismos de defesa.

O grau de severidade dos sintomas também tem sido identificado como influenciando a aliança terapêutica (Horvath, 2001). Assim, a severidade do sintoma e a formação de uma fraca aliança podem estar relacionadas aos atritos iniciais na terapia. Além disso, existe uma maior dificuldade em estabelecer a AT com clientes com transtornos de personalidade, como os borderlines (Hersoug, Mosen, Havik & Høgleng, 2001; Lingiardi, Croce, Fossati, Vanzulli & Maffei, 2000). Nos casos de pacientes chamados “difíceis”, como é o caso de pacientes borderline, Peres (2009) recomenda que o manejo da aliança terapêutica seja mais específico, pois a AT com esses pacientes é frequentemente afetada, devido à tendência em violar o contrato terapêutico e a abandonar o tratamento, devido aos traços narcisistas (Hauck et al., 2007; Junkert, Tress, Hildenbrand, 2000; Schestatsky, 2005; Stone, 1990).

Portanto, quanto às características diagnósticas, segundo Botella e Corbella (2011), quando se reduzem os sintomas do paciente ocorre uma melhora na relação terapêutica o que, conseqüentemente, torna a aliança terapêutica mais fortalecida. Nessa mesma direção aponta a pesquisa de Webb et al. (2011), que avaliou separadamente os componentes da AT (objetivo, tarefas e vínculo) em pacientes com depressão. O resultado da pesquisa apontou que quando ocorre bom acordo nas tarefas e objetivos da terapia, ocorre uma mudança de sintomas. E o vínculo que se estabelece entre terapeuta e paciente é uma consequência disso.

Aspectos intrapsíquicos como a qualidade das representações de objeto (QRO) também podem ser considerados um importante indicador de melhorias da sintomatologia e disfunção que levaram o paciente a buscar tratamento psicoterapêutico. Alguns estudos identificam que as representações de objeto podem ser um significativo preditor de AT, e de resultados positivos da terapia (Byrd, Patterson e Turchik, 2010; Goldman & Anderson, 2007; Hersoug et al. 2011; Piper et al., 1991; Piper, Grodniczuk & Joyce, 2004). Os ensaios clínicos conduzidos por Piper et al. (1991) e Piper, Joyce, Azim e Rosie (1994) indicam maiores

efeitos envolvendo a QRO. Uma maior QRO parece ser mais favorável ao resultado, sugerindo que pacientes com melhores QRO têm uma capacidade maior de tolerar ansiedades e frustrações despertadas durante o processo terapêutico. Entretanto, algumas pesquisas não identificaram relação entre a qualidade das relações de objeto como influente na formação da AT (Piper et al., 2004; Vans et al., 2008).

Em suma, são diversos os fatores que influenciam a qualidade da aliança terapêutica nas diversas formas de psicoterapia. Entretanto, o desenvolvimento da aliança se torna uma questão essencial de investigação nos casos em que a psicoterapia assume um caráter obrigatório.

Considerando a aliança terapêutica como um fator fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica, além de um conceito comum e panteórico em psicoterapia, neste trabalho buscamos compreender como se estabelece esse vínculo quando o paciente é obrigado a iniciar uma psicoterapia e permanecer em atendimento psicoterapêutico, independente de sua vontade. Especificamente, são focalizadas as questões do paciente, tanto sob o aspecto da percepção de coerção na procura do atendimento, quanto em relação às manifestações sintomáticas. Além disso, são investigados aspectos intrapsíquicos relativos a características defensivas e representação objetal em relação à aliança terapêutica.

### **3 Objetivos**

Este estudo tem por objetivo identificar de que forma se estabelece a aliança terapêutica em pacientes encaminhados de forma obrigatória para a psicoterapia em comparação aos pacientes que buscam atendimento psicoterapêutico voluntariamente.

#### *3.1 Objetivos Específicos*

Comparar as representações de objeto e mecanismos de defesa no grupo voluntário e no grupo obrigatório;

Verificar a relação da percepção de coerção no encaminhamento ao tratamento com características da AT no grupo obrigatório;

Analisar a gravidade dos sintomas do paciente em relação às características da AT.

### **4 Método**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, através de um delineamento de levantamento transversal, descritivo e comparativo, que procurou identificar os fatores que podem contribuir ou prejudicar o estabelecimento da aliança terapêutica de forma satisfatória no atendimento psicoterapêutico obrigatório.

#### *4.1 Amostra*

Os participantes da pesquisa foram 51 sujeitos de um grupo naturalmente formado de servidores municipais que fizeram psicoterapia no Instituto de Previdência e Assistência de um município da região da grande Porto Alegre entre janeiro de 2012 e março de 2013. A escolha da amostra se deu por conveniência, de acordo com a procura e encaminhamento para o serviço de psicoterapia dessa instituição. Assim, foram avaliados 36 pacientes que buscaram a psicoterapia voluntariamente e 15 pacientes que foram encaminhados de forma obrigatória para a psicoterapia e que concordaram em participar dessa pesquisa. Os critérios de inclusão foram: os servidores públicos municipais que estavam afastados do trabalho, por um diagnóstico psiquiátrico e que foram encaminhados pelo médico psiquiatra para psicoterapia obrigatória e servidores municipais que procuraram espontaneamente o serviço para iniciarem um processo psicoterapêutico. No momento do atendimento, todos os participantes haviam sido medicados pelo médico psiquiatra e não estavam em situação de internação hospitalar. E, embora o diagnóstico destes pacientes não tenha sido levado em consideração, mas, sim o nível de gravidade dos sintomas, a maioria deles apresentava diagnóstico de depressão e bipolaridade.

Dois terapeutas realizaram os atendimentos, tanto obrigatórios como não obrigatórios, e apenas um deles possuía experiência em atender pacientes em psicoterapia obrigatória.

Na referida instituição, o critério para que um paciente ingresse em psicoterapia obrigatória é uma norma interna que prevê que todos os segurados que estiverem afastados do trabalho por um diagnóstico psiquiátrico, obrigatoriamente devem ingressar em psicoterapia durante o tempo que permanecerem afastados de sua atividade laborativa.

#### *4.2 Instrumentos*

Para o levantamento dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) A ***Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia- CALPAS P (versão do paciente)***. A escala CALPAS (Marziali & Alexander, 1991) foi validada no Brasil por Marcolino e Iacoponi (2001) e tem sido apontada como indicando bons resultados em psicoterapia, conforme a capacidade de aliança de trabalho do paciente. O instrumento foi

construído na forma de avaliação pelo paciente (P), pelo terapeuta (T) ou por avaliadores treinados (R). Os itens da Calpas-P recebe uma pontuação que varia de um (absolutamente não) a sete (totalmente). No presente trabalho, utilizaremos a versão do paciente, que engloba 24 itens que avaliam quatro dimensões (a) aliança terapêutica, (b) aliança de trabalho, (c) compreensão e envolvimento do terapeuta, e (d) o acordo entre o paciente e o terapeuta quanto aos objetivos e às estratégias. Para calcular cada uma das dimensões é necessário que aqueles itens que apresentaram frases com sentido negativo tivessem seus índices refletidos. A fórmula de reflexão usada foi subtrair de oito a pontuação de cada item com sentido negativo. Após, computou-se a pontuação das quatro subescalas pela soma de cada um dos itens de cada subescala e dividindo o total por seis, para encontrar a média. A pontuação total da escala foi obtida pelo cálculo da média da pontuação da quatro subescalas da CALPAS. A consistência interna (*Alpha* de Cronbach) para a Calpas-P é de 0,90 para todos os itens (Anexo D).

2) O *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI - Forma O)* foi traduzido e adaptado por Bruscato e Iacoponi (2000) e abrange todo o espectro de funcionamento de relações objetais. Ele foi elaborado com itens adaptados de descrições de pacientes sobre suas experiências de relacionamento e seus padrões característicos de relações. Constituiu-se num inventário autoadministrável, consistindo de 45 declarações descritivas que o sujeito marca como *verdadeiro* ou *falso*, de acordo com sua experiência mais recente. O inventário se compõe de quatro subescalas para os quatro fatores: alienação, vinculação insegura, egocentrismo e incapacidade social. A correção do teste é realizada através de um programa de computador específico. A consistência interna (*Alpha* de Cronbach) para todos os itens é de 0,59 (Anexo F).

3) O *Defense Style Questionnaire - DSQ-40* (Andrews, Singh & Bond, 1993). Para verificar o padrão defensivo, foi utilizada a forma traduzida e adaptada para o português validada por Blaya et al. (2004). Este instrumento é composto por 40 perguntas relacionadas à descrição das defesas contidas no DSM-III-R, que são subdivididas em três fatores: maduro, neurótico e imaturo. Quanto à distribuição das perguntas, quatro delas são referentes ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro referentes ao fator neurótico (anulação, pseudoaltruísmo, idealização e formação reativa), e 12 perguntas estão relacionadas ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, ‘fantasia autista’, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). Cada pergunta é avaliada em uma escala de um a nove, em que um indica “discordo totalmente” e nove indica “concordo totalmente. O DSQ-40 pode fornecer escores para as 20 defesas individuais

e para os três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo de defesa dado e os fatores dos escores são calculados pelos escores médios das defesas que pertencem a cada fator. A consistência interna (*Alpha* de Cronbach) de 0,90 (Anexo E).

4) Juntamente com os instrumentos, foi entregue a cada participante um questionário com apenas duas perguntas, baseadas no *MacArthur Admission Experience Scale - AES-15* (Iversen, Hoyer, Sexton & Gronli, 2002), sem adaptação para o português, instrumento que avalia a percepção de coerção do paciente sobre seu tratamento. As perguntas feitas aos pacientes incluíram questões sobre a percepção de coerção do encaminhamento e a necessidade de atendimento (Anexo G).

5) *Escala de Sintomas (SCL-90-R)* (Derogatis, 1977); utilizamos a versão original da escala considerada em outros trabalhos como Carissimi (2011), embora Laloní (2001) tenha validado uma versão brasileira mais concisa (com 40 itens). A SCL-90-R é uma medida de autorrelato desenvolvida para avaliar padrões de sintomas escalas globais (Índice de Gravidade Geral, Índice de Perturbação Sintomática Positiva, e Total de Sintomas Positivos) e nove escalas de sintomas (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo). Para o cálculo dos escores, somam-se os pontos de 0 a 4 de cada escala aos 7 itens adicionais e divide-se pelo número de itens de cada dimensão. Para calcular o IGG (Índice de Gravidade Geral), é preciso somar os pontos das 9 dimensões sintomáticas aos 7 itens adicionais e dividi-los pelo número de itens respondidos na escala. Os índices de consistência interna (*Alpha* de Cronbach) variam entre 0,80 (somatização) e 0,89 (depressão) (Anexo H).

#### 4.3 Procedimentos de coleta de dados

O processo de admissão no Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores Públicos Municipais incluiu a recepção do paciente e a marcação do atendimento pela Assistente Social. Em função das características do funcionamento do serviço, dados sócios demográficos (dados pessoais, endereço, cargo que ocupa como funcionário público, se faz algum tratamento médico, se está em licença saúde ou não e outros) estão disponíveis para consulta no próprio sistema de prontuários. Dessa forma, devido ao interesse do Instituto de Previdência na pesquisa, foi determinado, como pré-requisito aos servidores municipais que foram encaminhados para a psicoterapia (obrigatória ou não), que respondessem aos instrumentos supracitados. Assim, antes do início da psicoterapia, foi marcado um horário distinto ao da primeira sessão para que os pacientes respondessem aos seguintes instrumentos:

o *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI - Forma O)*, *Questionário de Estilos Defensivos - DSQ-40* e a *Escala de Sintomas - SCL-90-R*. Ao final da quinta sessão, os pacientes responderam ao *California Psychotherapy Alliance Scales- CALPAS-P* e ao questionário que avalia percepção de coerção ao tratamento baseado no *MacArthur Admission Experience Scale - AES-15*. Os instrumentos foram entregues pela assistente social do serviço, portanto, em horário distinto ao da terapia. A AT foi avaliada após a quinta sessão, porque segundo Horvath e Luborsky (1993), quando a AT é medida nas primeiras sessões se torna um melhor preditor do resultado da terapia, do que quando avaliada quando já houverem ocorrido várias sessões.

A coleta de dados ocorreu por um período de 12 meses, entre os meses de março de 2012 e março de 2013, com todos os segurados que entraram em atendimento psicoterapêutico obrigatório ou não.

#### *4.4 Procedimentos de análise dos dados*

Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS® versão 19. Inicialmente, as variáveis foram investigadas em relação a possíveis erros de digitação e dados faltantes. Na sequência, realizou-se a análise descritiva, em termos de frequências e distribuição (médias e desvios-padrão), considerando as variáveis categóricas e contínuas. Em seguida, foram verificadas as diferenças dos grupos em psicoterapia obrigatória x psicoterapia não-obrigatória, bem como em relação aos pacientes que se declararam sentirem-se em psicoterapia obrigatória x não obrigatória, no tocante aos instrumentos utilizados. Os testes Qui-Quadrado e o teste *T* de *Student* foram empregados e, para ambos, o nível de significância adotado foi de *p* menor ou igual a 0,05.

#### *4.5 Considerações éticas*

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e teve sua aprovação no dia 16 de março de 2012, sob o número do Projeto 12/006 (Anexo A). Também foi encaminhado ao Conselho Municipal de Previdência e Assistência de Campo Bom solicitação para autorização para a execução da pesquisa no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Públicos de Campo Bom (IPASEM – Campo Bom) e teve sua aprovação no dia 22 de fevereiro de 2012.

## **5 Resultados**

Do total de 59 pacientes em acompanhamento psicológico, todos estavam dentro dos critérios de inclusão do estudo. Desses 59 pacientes, três não concordaram em participar do estudo (um em psicoterapia obrigatória e dois em psicoterapia não obrigatória) e cinco abandonaram a psicoterapia antes do quinto encontro (pacientes em psicoterapia não obrigatória).

A amostra final foi constituída por 51 pacientes em psicoterapia, com idade média de 42,2 anos ( $DP=11,02$ ). A idade mínima dos participantes foi de 25 anos e a máxima, 70 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (96,1%). Em relação ao estado civil, predominaram os casados ou amigados (45,15%,  $N=23$ ), seguido por solteiros (9,8%,  $N=5$ ) e separados (7,8%,  $N=4$ ). No que tange à escolaridade, 37,3% tinham o ensino médio completo, seguido por 35,3% que declararam possuir ensino superior completo.

Para fins de comparação entre grupos, a amostra foi dividida em pacientes cuja situação em psicoterapia era obrigatória ( $N=15$ ) e voluntária ( $N=36$ ). Do grupo de psicoterapia obrigatória, as idades variaram entre 28 a 51 anos ( $M=37,57$ ,  $DP=6,86$ ). Neste grupo, predominaram as participantes do sexo feminino (86,7%). Já no grupo de pacientes em situação de psicoterapia não obrigatória, a idade média foi de 44 anos ( $DP=11,86$ ), variando de 25 a 70 anos. 100% dos participantes deste grupo eram do sexo feminino.

Na Tabela 1, apresentada a seguir, encontram-se descritas as médias, desvios-padrão e respectivos valores do teste  $t$  de *Student* em relação ao instrumento Escala de Sintomas (SCL-90-R).

Tabela 1

*Resultados comparativos da SCL-90-R*

	Grupo	N	Média	DP	$t$ (gl)	Significância
Escala de Sintomas	Obrigatório	15	1,77	0,79	2,052(49)	0,045*
	Não obrigatório	36	1,31	0,69		
Somatização	Obrigatório	15	1,80	0,92	1,594(49)	0,117
	Não obrigatório	36	1,38	0,81		
Obsessividade	Obrigatório	15	2,14	0,73	1,998(49)	<b>0,051*</b>
	Não obrigatório	36	1,69	0,73		
Sensibilidade	Obrigatório	15	1,87	0,91	1,373(49)	0,176



	Não obrigatório	36	1,51	0,83		
Depressão	Obrigatório	15	2,10	0,85	2,009(49)	<b>0,050*</b>
	Não obrigatório	36	1,60	0,79		
Ansiedade	Obrigatório	15	1,71	0,96	1,803(49)	0,078
	Não obrigatório	36	1,23	0,82		
Hostilidade	Obrigatório	15	2,93	0,73	2,567(49)	<b>0,013*</b>
	Não obrigatório	36	2,43	0,59		
Ansiedade fóbica	Obrigatório	15	1,47	1,00	2,439(49)	<b>0,018*</b>
	Não obrigatório	36	0,81	0,82		
Ideação paranóide	Obrigatório	15	1,68	0,89	1,557(49)	0,126
	Não obrigatório	36	1,25	0,87		
Psicoticismo	Obrigatório	15	1,29	0,77	1,594(49)	0,117
	Não obrigatório	36	0,93	0,71		

Nota: gl: graus de liberdade; t: teste t de Student.

Conforme pode ser observado, os pacientes diferiram em relação ao escore total da SCL-90-R e também em algumas das subescalas. A média geral dos pacientes do grupo de psicoterapia obrigatória ( $M=1,77$ ,  $DP=0,79$ ) foi significativamente superior à média do grupo em psicoterapia não obrigatória ( $p=0,045$ ). Nas subescalas de depressão, hostilidade e ansiedade fóbica as médias do grupo em psicoterapia obrigatória foram também superiores quando comparadas aos pacientes em situação não obrigatória. As médias e os níveis de significância foram, respectivamente, de 2,10 ( $p=0,050$ ), 2,93 ( $p=0,013$ ) e 1,47 ( $p=0,018$ ).

Tabela 2

*Resultados comparativos da Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia*

	Grupo	N	Média	DP	t (gl)	Significância
Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia - Total	Obrigatório	15	21,18	4,93	1,386(47)	0,183
	Não obrigatório	36	23,15	3,12		
Compromisso do Paciente (PC)	Obrigatório	15	5,17	1,44	1,415(47)	0,164

	Não obrigatório	36	5,69	1,02		
Capacidade de trabalho (PWC)	Obrigatório	15	4,80	1,24	0,609(18)	0,550
	Não obrigatório	36	5,03	0,91		
Compreensão e envolvimento do terapeuta (TUI)	Obrigatório	15	5,70	1,46	1,393(16)	0,182
	Não obrigatório	36	6,29	0,86		
Acordo entre o paciente e o terapeuta (WSC)	Obrigatório	15	5,48	1,43	1,541(18)	0,141
	Não obrigatório	36	6,13	0,99		

Nota: gl: graus de liberdade; t: teste t de Student.

De acordo com a tabela acima (Tabela 2), verifica-se que os grupos não diferiram significativamente em relação ao escore total do instrumento e, também, em suas subescalas.

A seguir, são apresentados os dados em relação ao questionário de estilos de defesa. Constata-se, através da Tabela 3, que não existem diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 3

*Resultados comparativos do Defense Style Questionnaire - DSQ-40*

	Grupo	N	Média	DP	t (gl)	Significância
Defense Style Questionnaire Total (DSQ-40)	Obrigatório	15	166,21	23,69	0,733(37)	0,468
	Não obrigatório	36	158,76	33,56		
Fator Maduro (DSQ-40)	Obrigatório	15	4,42	1,27	1,168(48)	0,249
	Não obrigatório	36	4,94	1,48		
Fator Neurótico (DSQ-40)	Obrigatório	15	4,35	1,05	0,233(48)	0,817
	Não obrigatório	36	4,46	1,69		
Fator Imaturo (DSQ-40)	Obrigatório	15	3,96	1,39	1,409(48)	0,165
	Não obrigatório	36	3,43	1,13		

Nota: gl: graus de liberdade; t: teste t de Student.

Em relação ao *Object Relations and Reality Testing Inventory* (BORRTI - Forma O), não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de pacientes em situação de

psicoterapia não obrigatória daqueles em situação obrigatória, exceto na escala de egocentrismo ( $X^2(1)=9,487, p=0,004$ ), na qual os pacientes em psicoterapia obrigatória foram mais frequentes em relação à referida subescala.

Do mesmo modo, os participantes deste estudo relataram se, de fato, sentiram-se obrigados a ingressar em psicoterapia. Desta forma, os dados de todos os testes foram analisados considerando-se o grupo que declarou sentir-se obrigado a ingressar no processo psicoterapêutico ( $N=20$ ) e o grupo que não se sentiu obrigado ( $N=30$ ). Um número maior de pacientes ( $N=20$ ) declarou sentir-se obrigado a ingressar em psicoterapia do que o número total de pacientes que, efetivamente, estavam em processo obrigatório ( $N=15$ ). Assim, quanto à percepção de coerção no momento do encaminhamento, somente oito casos do grupo obrigatório (53,3%) de um total de 15 casos, referiram terem se sentido obrigados a realizar psicoterapia. No grupo não obrigatório ( $N=36$ ), dentre o total de 35 casos (um paciente não respondeu se sentiu-se ou não obrigado a ingressar em psicoterapia), 12 casos (34,3%), referiram terem se sentido obrigados a realizar psicoterapia.

Na Tabela 4, abaixo apresentada, encontram-se descritas as médias, desvios-padrão e respectivos valores do teste *t* de *Student* em relação ao instrumento Escala de Sintomas (SCL-90-R). Os resultados destas análises indicaram não haver diferença entre os grupos.

Tabela 4

*Resultados comparativos da SCL-90-R em pacientes que se sentiram e que não se sentiram obrigados a ingressar em psicoterapia*

	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b><i>t</i> (gl)</b>	<b>Significância</b>																														
Escala de Sintomas Total	Sentiu-se obrigado	20	1,65	0,84	1,657(48)	0,104																														
	Não se sentiu obrigado	30	1,30	0,65			Somatização	Sentiu-se obrigado	20	1,68	0,97	1,333(48)	0,189	Não se sentiu obrigado	30	1,35	0,76	Obsessividade	Sentiu-se obrigado	20	1,99	0,77	1,368(48)	0,178	Não se sentiu obrigado	30	1,69	0,74	Sensibilidade	Sentiu-se obrigado	20	1,89	0,87	1,889(49)	0,065	Não se sentiu obrigado
Somatização	Sentiu-se obrigado	20	1,68	0,97	1,333(48)	0,189																														
	Não se sentiu obrigado	30	1,35	0,76			Obsessividade	Sentiu-se obrigado	20	1,99	0,77	1,368(48)	0,178	Não se sentiu obrigado	30	1,69	0,74	Sensibilidade	Sentiu-se obrigado	20	1,89	0,87	1,889(49)	0,065	Não se sentiu obrigado	30	1,43	0,83								
Obsessividade	Sentiu-se obrigado	20	1,99	0,77	1,368(48)	0,178																														
	Não se sentiu obrigado	30	1,69	0,74			Sensibilidade	Sentiu-se obrigado	20	1,89	0,87	1,889(49)	0,065	Não se sentiu obrigado	30	1,43	0,83																			
Sensibilidade	Sentiu-se obrigado	20	1,89	0,87	1,889(49)	0,065																														
	Não se sentiu obrigado	30	1,43	0,83																																

Depressão	Sentiu-se obrigado	20	1,94	0,94	1,344(48)	0,185
	Não se sentiu obrigado	30	1,62	0,76		
Ansiedade	Sentiu-se obrigado	20	1,58	1,00	1,428(48)	0,160
	Não se sentiu obrigado	30	1,21	0,78		
Hostilidade	Sentiu-se obrigado	20	2,80	0,83	1,908(27)	0,067
	Não se sentiu obrigado	30	2,41	0,49		
Ansiedade fóbica	Sentiu-se obrigado	20	1,27	1,01	1,828(48)	0,074
	Não se sentiu obrigado	30	0,80	0,82		
Ideação paranóide	Sentiu-se obrigado	20	1,66	0,90	1,933(48)	0,059
	Não se sentiu obrigado	30	1,17	0,85		
Psicoticismo	Sentiu-se obrigado	20	1,19	0,84	1,261(48)	0,213
	Não se sentiu obrigado	30	0,92	0,66		

Nota: gl: graus de liberdade; t: teste t de Student.

Tabela 5

*Resultados comparativos da Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia em pacientes que se sentiram e que não se sentiram obrigados a ingressar em psicoterapia*

	Grupo	N	Média	DP	t (gl)	Significância
Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia - Total	Sentiu-se obrigado	19	21,33	4,49	-1,893(47)	0,065
	Não se sentiu obrigado	30	23,38	3,08		
Compromisso do Paciente (PC)	Sentiu-se obrigado	19	5,29	1,21	-1,199(47)	0,237
	Não se sentiu obrigado	30	5,70	1,13		
Capacidade de trabalho (PWC)	Sentiu-se obrigado	19	4,84	1,21	-0,695(47)	0,491
	Não se sentiu obrigado	30	5,04	0,87		
Compreensão e envolvimento do terapeuta (TUI)	Sentiu-se obrigado	19	5,61	1,41	-2,426(22)	<b>0,024*</b>
	Não se sentiu obrigado	30	6,45	0,65		
Acordo entre o paciente e o terapeuta (WSC)	Sentiu-se obrigado	19	5,58	1,22	-1,775(47)	0,082
	Não se sentiu obrigado	30	6,17	1,07		

Nota: gl: graus de liberdade; t: teste t de Student.

Conforme ilustra a Tabela 5, os pacientes que se sentiram obrigados diferiram daqueles que não se sentiram em relação à subescala Compreensão e envolvimento do terapeuta (TUI). Aqueles que não se sentiram obrigados apresentaram média superior na referida subescala ( $p=0,024$ ).

Em adição, comparações foram feitas utilizando-se o mesmo agrupamento das análises apresentadas nas Tabelas 4 e 5 (sentimentos de situação de psicoterapia obrigatória *versus* sentimentos de situação psicoterapêutica não obrigatória no que tange ao questionário de estilos de defesa). Os dados, embora não estatisticamente distintos entre os grupos, encontram-se sumarizados na Tabela 6.

Tabela 6

*Resultados comparativos do Defense Style Questionnaire - DSQ-40 - em pacientes que se sentiram e que não se sentiram obrigados a ingressar em psicoterapia*

	Grupo	N	Média	DP	<i>t</i> (gl)	Significância
Defense Style Questionnaire Total (DSQ-40)	Sentiu-se obrigado	14	172,07	27,10	1,680(37)	0,101
	Não se sentiu obrigado	25	155,48	30,83		
Fator Maduro (DSQ-40)	Sentiu-se obrigado	20	4,68	1,31	-0,404(48)	0,688
	Não se sentiu obrigado	30	4,85	1,52		
Fator Neurótico (DSQ-40)	Sentiu-se obrigado	20	4,35	1,28	-0,291(48)	0,772
	Não se sentiu obrigado	30	4,47	1,68		
Fator Imaturo (DSQ-40)	Sentiu-se obrigado	20	3,95	1,53	1,758(48)	0,085
	Não se sentiu obrigado	30	3,34	0,91		

*Nota: gl: graus de liberdade; t: teste t de Student.*

Conforme pode ser observado através da Tabela 6, as médias do grupo de pacientes que se sentiram obrigados diferiram dos que não se sentiram obrigados. No fator imaturo, os que não se sentiram obrigados tiveram média inferior ( $M=3,34$ ,  $DP=0,91$ ) em comparação ao outro grupo ( $M=3,95$ ,  $DP=1,53$ ). Já no fator maduro, média superior foi encontrada no grupo que não se sentiu obrigado ( $M=4,85$ ,  $DP=1,52$ ), em contraste com a média de 4,68 ( $DP=1,31$ ) do grupo que declarou se sentir obrigado ao processo psicoterápico. No fator neurótico, a média dos pacientes que se sentiram obrigados foi ( $M=4,35$ ,  $DP=1,28$ ) e os que não se sentiram obrigados ( $M=4,47$ ,  $DP=1,68$ ). Não houve diferenças significativas entre os grupos.

Novamente, em relação ao *Object Relations and Reality Testing Inventory* (BORRTI - Forma O), não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de pacientes que declarou sentimentos de situação de psicoterapia obrigatória daqueles cujos sentimentos foram de situação não-obrigatória, exceto na escala de egocentrismo ( $X^2(1)=5,073, p=0,039$ ), na qual os pacientes que sentiram-se em psicoterapia obrigatória foram mais frequentes em relação à referida subescala.

Em relação à percepção de necessidade de psicoterapia, dos 51 pacientes da amostra, apenas um deles afirmou acreditar que não necessitava de psicoterapia. Este paciente estava em psicoterapia obrigatória.

## 6 Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar se como se estabeleceria a AT com pacientes em psicoterapia obrigatória e as características desses pacientes em relação ao grupo não obrigatório. Apesar de existirem poucos estudos sobre a AT e a psicoterapia obrigatória (Ross et al., 2008; Sotero & Relvas, 2012), o tema mostra-se bastante relevante na medida em que oferece um conhecimento específico para o entendimento do desenvolvimento do vínculo entre paciente e terapeuta na psicoterapia obrigatória. Dessa forma, a preocupação em identificar as características desses pacientes obrigatórios se dirige, sobretudo, para entender/desmistificar a ideia de que esses não se vinculariam aos terapeutas devido à obrigatoriedade do tratamento (Cingolani, 1984).

Inicialmente, é importante destacar que todos os pacientes no presente estudo eram funcionários públicos municipais e estavam em atendimento obrigatório ou não obrigatório na mesma instituição. Esse dado pode ter contribuído para que ambos os grupos se apresentassem homogêneos em relação às características sócio demográficas. Por exemplo, um dado que chama atenção é a predominância maciça do sexo feminino nos dois grupos. As características, porém, do encaminhamento para psicoterapia foram distintas, ocorrendo procura por iniciativa própria e por referência obrigatória.

Analisando-se os resultados no grupo obrigatório e não obrigatório em relação às variáveis investigadas, observou-se que houve similaridade nos dois grupos quanto ao padrão defensivo e à quase a totalidade das dimensões das representações objetais, com exceção do egocentrismo que foi mais frequente no grupo obrigatório. Entretanto, quanto à sintomatologia, o grupo obrigatório apresentou maior gravidade dos sintomas no índice de

gravidade total e nas escalas de obsessividade, ansiedade fóbica e hostilidade, justificando o afastamento do trabalho e encaminhamento para a psicoterapia obrigatória.

Numa investigação comparativa entre o padrão defensivo em distintos diagnósticos clínicos, Blaya (2005) identificaram que a menor utilização de defesas imaturas discriminaram os pacientes do grupo controle dos pacientes deprimidos, dos pacientes com transtorno do pânico e obsessivo. Dessa forma, os resultados neste estudo confirmam que ambos os grupos apresentavam padrões defensivos característicos de situações clínicas. Esse aspecto também é confirmado pela frequência de representações objetais patológicas nos dois grupos e, principalmente, a maior frequência de características egocêntricas no grupo obrigatório.

Considerando-se a questão principal deste estudo, ainda que alguns aspectos sintomáticos e intrapsíquicos caracterizassem de maneira mais específica os pacientes obrigatórios e não obrigatórios, as características da AT, média da aliança total, bem como das dimensões avaliadas foram similares nos dois grupos. Assim, independente da gravidade sintomática, padrão defensivo e características das relações objetais, ambos os grupos estabeleceram relações terapêuticas baseadas em um grau de aliança similar. Nesse caso, ainda que o padrão defensivo associe-se às patologias (Blaya, 2005), essa associação necessariamente não se mantém para o caso do desenvolvimento da AT. Igualmente, Despland et al. (2001) avaliaram o funcionamento defensivo do paciente em psicoterapia breve dinâmica e também verificaram que o nível de funcionamento defensivo, isoladamente, não interfere na formação da aliança inicial e é menos significativa para a formação da aliança.

Entretanto, ao ser considerada a percepção de coerção, o grupo que não se sentiu obrigado a realizar psicoterapia obteve uma pontuação significativamente maior na subescala *Compreensão e envolvimento do terapeuta (TUI)*. Esse resultado indica que a percepção de coerção interfere na forma em que o paciente percebe o terapeuta. No grupo com percepção de coerção (sentiram-se obrigados), o terapeuta pode representar alguém que pode estar julgando e/ou possuir uma menor capacidade de demonstrar compromisso em ajudar e entender o ponto de vista e o sofrimento do paciente. Esse aspecto aponta para um foco importante de trabalho terapêutico, considerando principalmente a necessidade do terapeuta em trabalhar as percepções do paciente que se percebe obrigado acerca de seu envolvimento no processo.

Outro ponto importante é que a percepção de coerção em relação ao encaminhamento para psicoterapia não se associou necessariamente ao fato do paciente pertencer ou não no grupo obrigatório. Assim, foram identificados no grupo obrigatório (N=15) somente 8 casos

que afirmaram terem se sentido obrigados a ingressar na psicoterapia. Da mesma forma, no grupo não obrigatório, dentre o total de 35 casos, 12 casos (34,3%), referiram terem se sentido obrigados a realizar psicoterapia.

Embora o encaminhamento obrigatório esteja fortemente associado à percepção de coerção (Iversen et al., 2007; Young, 2002), esta informação aponta para um dado inusitado de que pessoas em atendimento não obrigatório podem sentir-se de alguma forma obrigadas a buscar tratamento, mesmo que não tenham sido formalmente encaminhadas para psicoterapia. Enquanto que pacientes admitidos involuntariamente no serviço afirmam ter “escolhido livremente” pela medida (Beck & Golowka, 1988; Bindman, 2005; Monahan et al., 1999).

Estudos sugerem que nem sempre o uso da coerção é evidente no atendimento obrigatório e que não se pode equipará-lo a uma falta de vontade para o tratamento. Além disso, afirmam que a visão do paciente sobre a obrigatoriedade do atendimento pode mudar durante o processo psicoterapêutico (Monahan et al., 1999; Spence, Goldney & Costain, 1988).

Com base em estudos internacionais (Botella & Corbella, 2011; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Langhoff, Baer, Zubraegel & Linden, 2008) que apresentam a formação de uma AT de qualidade como fator preponderante para o resultado da terapia, pode-se considerar que a não ocorrência de diferenças significativas na AT entre os grupos nesta pesquisa indica que a psicoterapia obrigatória pode ser tão eficaz quanto à buscada de forma voluntária (Kortrijk, Staring, Baars & Mulder, 2010). Assim, o status de admissão involuntário parece não influenciar a aderência e resultado do tratamento (Opjordsmoen et al., 2010).

Outra característica atribuída aos clientes involuntários é que esses pacientes são “resistentes” ao tratamento (Chui & Ho, 2006; Cingolani, 1984; Rooney, 1992). No entanto, como exposto anteriormente, involuntário não é sinônimo de resistência. O fato dos pacientes involuntários terem sido encaminhados por terceiros para o tratamento não pressupõe que estes sejam contra o tratamento e, portanto, resistentes. Segundo Chui e Ho (2006), o termo involuntário refere-se somente aos status de entrada no serviço do cliente, enquanto que ‘resistente’, refere-se a comportamentos e características que dificultam o processo terapêutico.

Por conseguinte, é necessário ter cuidado com tais rótulos, pois, muitas vezes, é o terapeuta que se coloca como resistente em atender esse tipo de paciente involuntário (Chui & Ho, 2006; Lake, 1985; Osborn, 1999; Ross et al., 2008). A resistência, nesses casos, pode ser entendida como uma questão do relacionamento e não do paciente. Por isso, se o



relacionamento iniciar com o foco na resistência do cliente e não da interação da dupla, isso pode determinar resultados infelizes e paradoxais (Cingolani, 1984). Ao contrário, quando o terapeuta se coloca como igual ou na mesma posição do paciente, ele tende a colaborar e a ficar mais ativo na terapia (Brodsky & Lichstein, 1999).

Por outro lado, o fato do paciente contestar e/ou questionar o atendimento involuntário não é um fator ruim na visão de Rooney (1999). O autor aponta que a postura de conformidade passiva de alguns clientes pode parecer que esses pacientes estão de acordo com o que é proposto, mas essa postura não é indicativa de sucesso no tratamento, pois eles se colocam de uma forma passiva frente ao terapeuta: “Você é quem sabe o que é melhor”, o que dificulta com que apareça uma demanda interna do paciente. Nem sempre uma resposta hostil à ameaça do terapeuta é um mau sinal, porque significa que o cliente mostra uma possibilidade de trabalho conjunto (Rooney, 1999).

Inúmeras questões institucionais também interferem no estabelecimento da AT nos casos de psicoterapia ou internação obrigatória. Nessas situações, deveremos considerar as especificidades institucionais de controle e cuidado, a afetação do terapeuta inserido nesse meio e a situação do paciente (Ross et al., 2008). Assim, Lake (1985) e Osborn (1999) trazem alternativas de intervenção que podem ajudar o terapeuta no tratamento de pacientes compulsórios: 1) ouvir e não rotular, 2) focar na identificação de uma motivação para o tratamento; 3) manter o mesmo nível de igualdade e não se colocar como alguém que vai ensinar ao paciente como ele deve ser; 4) incluir nas estratégias de atendimento a necessidade identificar e lidar com defesas primitivas, superando o medo da proximidade e intimidade nos relacionamentos; 5) usar algum tipo de suporte social fora da terapia (como igreja, amigos), 6) explorar e não explicar, 7) ser diretivo e não ditatorial; 8) comentar e não condenar, 9) usar várias técnicas para a aproximação com o paciente e 10) solicitar soluções e não prescrevê-las.

### **Conclusão**

Em suma, considerando os objetivos deste trabalho de identificar como se forma a aliança terapêutica em pacientes encaminhados de forma obrigatória para a psicoterapia em comparação aos pacientes que buscam atendimento psicoterapêutico voluntariamente, vimos que no grupo investigado não houve diferenças no desenvolvimento da AT. Ao contrário, a percepção de coerção foi mais influente no sentido de que os pacientes que não se percebiam

como “obrigados” a permanecer em psicoterapia tinham uma percepção mais positiva do terapeuta, mas não o suficiente para impedir o estabelecimento da AT.

Sem dúvida, algumas limitações do estudo devem ser apontadas, tal como o tamanho da amostra e a questão da predominância do sexo feminino. Da mesma forma, os casos estudados não se enquadravam em situações envolvendo punições jurídicas ou contravenções, mas se limitavam a casos oriundos de demandas em saúde mental. Entretanto, os resultados indicam que investigações sobre a formação do vínculo terapêutico são necessárias, principalmente nas situações de encaminhamento obrigatório. Portanto, sugere-se a realização de outras pesquisas, considerando outros grupos e contextos, de forma a ampliar e investigar o real impacto dos fatores analisados na formação da AT.

## Referências

- Ackerman, F., Colapinto, J. A., Scharf, C., Weinshel, M., & Winawer, H. (1991). The involuntary client: “Pretend Therapy”. *Family Systems Medicine*, 9(3), 1-5. DOI: 10.1037/h0089211
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Barros, D. M., & Serafim, A. P. (2009). Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(4), 175-177.
- Beck, J., & Golowka, E. A. (1988). A study enforced treatment in relation to Stone’s “thank you” theory. *Behavioral Sciences & the Law*, 6(4), 559-566. DOI: 10.1002/bsl.2370060411
- Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. *Society Psychiatry and Epidemiology*, 40, 160–166. DOI: 10.1007/s00127-005-0861-x
- Blaya, C. (2005). *Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ 40) para o português brasileiro* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal d Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L. H., Bond, M., & Manfro, G. G. (2004). Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 255-258. DOI: 10.1590/S1516-44462004000400010
- 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
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapêutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo de proceso terapêutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33. DOI: 10.4067/S0718-48082008000100008
- Brasil. Conselho Federal de Medicina (2000). Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, DF, p.63, 18 ago 2000. Seção 1.
- Brodsky, S. L., & Lichtenstein, B. (1999). Don’t ask questions: A psychotherapy strategy for treatment of involuntary clients. *American Journal of Psychotherapy*, 53 (2), 215- 220.

- Bruscato W. L., & Iacoponi, E. (2000). Validade e confiabilidade da versão brasileira de um inventário de avaliação de relações objetais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(4), 172-7. DOI: 10.1590/S1516-44462000000400006
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 47(4), 631-636. DOI: 10.1037/a0022080
- Carissimi, A. (2011). Examinando fatores causais de sintomas psicológicos através do SCL-90-R em pacientes com apneia do sono grave (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Chui, W. H., & Ho, K. M. (2006). Working with involuntary clients: perceptions and experiences of outreach social workers in Hong Kong. *Journal of Social Work Practice*, 20, 205-222. DOI: 10.1080/02650530600776947
- Cingolani, J. (1984). Social conflict perspective on work with involuntary clients. *Social Work*, 46, 361-374. DOI: 10.1093/sw/29.5.442
- Davis, D. L., & Brodsky, S.L. (1992). Psychotherapy with the unwilling client. *Residential Treatment for Children & Youth*, 9, 15-27. DOI: 10.1300/J007v09n03\_03
- Despland, J. N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance en brief psychodynamic investigation. *Journal Psychotherapy Practice Research*, 10, 155-164. DOI: PMC3330648 (ISSN)
- Derogatis, L. R. (1977). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, Scoring, and Procedures Manual* (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Fiorillo, A., De Rosa, C., Kallert, T., Katsakou, C. Onchev, G., Raboch, J.,...Mastrogianni, A. (2012). Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 125(6), 460-467. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01809.x
- Francischelli, L. (2007). *Amanhã, psicanálise! O trabalho de colocar o tratamento no paciente*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Frank, D., Perry, J. C., Kean, D., Sigman, M., & Geagea, K. (2005). Effects of compulsory treatment orders on time to hospital readmission. *Psychiatric Services*, 56(7), 867-869. DOI: 10.1176/appi.ps.56.7.867
- Fritz, P. C. (2006). Condenados a terapia: la terapia obligada como estrategia para la modificación de conductas violentas em agresores conyugales. Manuscrito não publicado. Retirado de: <http://www.portalpsicologia.org/servlet/File?idDocumento=3425>

- Goldman, G., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology, 54*(2), 111-117. DOI: 10.1037/0022-0167.54.2.111
- Gomes, F., Ceitlin, L., Hauck, S., & Terra, T. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30*(2), 109-114. DOI: 10.1590/S0101-81082008000300006
- Granja, E., & Medrado, B. (2009). Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. *Psicologia & Sociedade; 21*(1), 25-34. DOI: 10.1590/S0102-71822009000100004
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly, 34*, 155-181. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x
- Greenson, R. R. (1981). *A técnica e a prática em psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, B., Cervieri, A., Moschetti, L., Schestatsky, S., & Ceitlin, L. H. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande Sul, 29*(3), 265-273. DOI: 10.1590/S0101-81082007000300005
- Hersoug, A. G., Amplo, S., Rossberg, O. S., Gabbard, G., Bogwald, K. P., Marble, A.,... Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 79*(5), 697-706. DOI: 10.1037/a0024863
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Hoglend, P. (2001). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71*, 18-27. DOI: 10.1159/000049340
- Hersoug A. G., Sexton, H. C., & Hoglend, P. (2002) Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy. 56*, 539 –552.
- Horvath, A. O. (2001, Setembro). Psychotherapeutic relationships that work. In 17º Annual Meeting of Society for the Exploration of Psychotherapy Integration. Santiago de Chile, Chile.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *American Psychological Association, 48*(1), 9-16. DOI: 10.1037/a0022186

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (4), 561-573. DOI: 10.1037/0022-006X.47.5.882.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149. DOI: 10.1037/0022-0167.38.2.139.
- Iversen, K., Hoyer, G., & Sexton, H. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry, 30*, 504-511. DOI: 10.1016/j.ijlp.2007.09.001
- Iversen, K., Hoyer, G., Sexton, H., & Gronli, O. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Journal of cognitive Psychotherapy, 22*(1), 68-79. DOI: 10.1080/08039480260389352
- Junkert-Tress B, Tress W, & Hildenbrand G. (2000). Premature Termination: a multifactorial phenomenon. *Psychotherapy, Psychosomatic, Medizinische, Psychology, 50*(9-10), 351-65. DOI: 11076168
- Kaltiala-Heino, R., Laippala, P., & Salokangas, R. K.(1997). Impact of coercion on treatment outcome. *International Journal of Law and Psychiatry, 20*(3), 311-322. DOI: 9347394
- Kjellin, L., Høyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., & Sigurjo´nsdo´ttir, M. (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic Countries. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 41*, 241-247. DOI: 10.1007/s00127-005-0024-0
- Kortrijk, H. E., Staring, A. B., Van Baars, A. B., & Mulder, C. L. (2010). Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment. *Society Psychiatry and Epidemiology, 45*, 245-252. DOI: 10.1007/s00127-009-0061-1
- Kramer, U., Roten, Y., Perry, C., & Despland, J. (2009). Specificities of defense mechanisms in bipolar affective disorder relations with symptoms and therapeutic alliance. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(9), 675-681. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181b3b224
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R - SCL-90R: Adaptação, precisão e validade*. Tese de Doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D., & Linden, M. (2008). Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concordance, and

- outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22(1), 68-79. DOI: 10.1891/0889.8391.22.1.68
- Lake, J. (1985). Compulsory treatment: Some practical methods of treating the mandated client. *Psychotherapy*, 22(2), 262-268. DOI: 10.1037/h0085504
- Lingiardi, V., Croce, D., Fossatti, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (2000). Therapeutic alliance evaluation in psychotherapy of patients with personality disorders. *Ricerca in Psicoterapia*, 4, 63-80. DOI: 10.1080/10503300512331327047
- Marcolino, J. A., & Iacoponi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 88-95. DOI: 10.1590/S1516-44462001000200007
- Marziali, E., & Alexander, L. (1991). The power of therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 383-391. DOI: 10.1037/h0079268
- Monahan, J., Lidz, C.; Hoge, S., Mulvey, E., Eisemberg, M., Roth, L.,...Bennet, N. (1999). Coercion in the provision of mental health services: the Mac Arthur Studies. In Morrissey, J., & Monahan, J. (Eds.), *Research in community and mental Health. Coercion in mental health services – international perspectives* (pp.13-30). Stamford, CT: JAI Press.
- Nakhost, A., Perry, C., & Frank, D. (2012). Assessing the Outcome of Compulsory Treatment Orders on Management of Psychiatric Patients at 2 McGill University-Associated Hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(6), 359-365. DOI: PMID: 22682573
- Osborn, C. J. (1999). Solution-focused strategies with “involuntary” clients: Practical applications for the school and clinical setting. *Journal of Humanistic Education and Development*, 37, 169-181. DOI: 10.1002/j.2164-4683.1999.tb00418.x
- Opjordsmoen, S. F., Melle, I., Haahr, U., Johannessen, J. O., Larsen, T. K.; Rossberg, J. I., Rund, T.,.... McGlashan, T. H. (2010). A 2-year follow-up of involuntary admission’s influence upon adherence and in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 371-376. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01536.x
- Peres, R. (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
- Piper, W. E., Azim, H., Joyce, A., McCallum, M., Nixon, J., & Segal, P. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 432-438.

DOI: 10.1097/00005053-199107000-00008

- Piper, W. E., Joyce, A. S., Azim, H. F., & Rosie, J. S. (1994). Patient characteristics and success in day treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 381–386. DOI: PMID: 8021637
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2004). Quality of object relations as a moderator of the relationship between pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 345–356. DOI: 10.1207/s15327752jpa8303\_15
- Reis, R. E. (1981). Effectiveness of education and treatment programs for drinking drivers: A decade of evaluation. In L. Goldberg (Ed.), *Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, vol. 3, pp. 1298-1328.
- Reis, T., & Ramos M. (2010). Trabalho psicológico compulsório com homens envolvidos em violência doméstica. *Psicologia IESB*, 2(1), 70-80.
- Ribeiro, M. A., Costa, L. F., Penso, M. A., Almeida, T. C., & Nogueira, H. F. (2010). O Grupo multifamiliar em parceria com a ação psicossocial forense. *Interação em Psicologia*, 14(1), 73-82. DOI: 10.1590/S0103-56652011000100012
- Rooney, R. H. (1992) *Strategies for Work with Involuntary Clients*, Columbia University Press, New York.
- Rooney, R. H. (1999). Working with involuntary clients: Key observations for concurrent planning. *Center of Advance Studies in Child Welfare*, 14, 1-6.
- Ross, E. C., Polaschek, D. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480. DOI: 10.1016/j.avb.2008.07.003
- Schestatsky, S. S. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. In Eizirik, C. L., Aguiar, R. W., & S. Schestatsky (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. (pp. 606-627). Porto Alegre: ArtMed.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 187-196. DOI: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Spence, N. D., Goldney, R. D., & Costain, W. F. (1988). Attitudes toward psychiatric hospitalization: A comparison of involuntary and voluntary patients. *Australian Clinical Review*, 8, 108-116. DOI: PMID: 3228391



- Stone, M. H. (1990). Treatment of borderline patients: a pragmatic approach. *Psychiatry Clinical North America*, *13*(2), 265-285. DOI: PMID: 2191281
- Strasburger, L. G., Gutheil, T. G., & Brodsky, A. (1997). On wearing two hats: Role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 448-456. DOI: PMID: 9090330
- Vans, H. L., Hendriksen, M., Schoevers, R. A., Peen, J., Abraham, R. A., & Dekker, J., (2008). Predictive value of object relations for therapeutic alliance and outcome in psychotherapy for depression: An exploratory study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *196*(9), 655-662. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318183f8c2
- Viadel, M., Nicolás, C., Prieto, J. F., Calatayud, V., & Beneyeto, M. (2010). Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, *3*(2), 50-54. DOI: 10.1016/j.rpsm.2010.03.001
- Watson, T.; Bowers, W., & Andersen, A. (2009). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *American Journal Psychiatry*, *157*, 1806-1810. DOI: 10.1016/j.ijlp.2009.10.003
- Ward, D. A., & Allivane, J. K. (1979). Effects of legal coercion in the treatment of alcohol related criminal offenders. *Justice System Journal*, *5*(1), 107-111.
- Webb, C. A. De Rubies, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79* (3), 279-283. DOI: 10.1037/a0023252
- Yoshida, E. (2001). Psicoterapia Breve Dinâmica: Critérios de Indicação. *Revista Mackenzie*, *3*, 43-51.
- Young, D. (2002). Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, *29*, 27-55. DOI: 10.1177/0093854802029001003

**ANEXOS**

**ANEXO A-**  
**APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UNISINOS**



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)  
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

*Versão março/2008*

**UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**RESOLUÇÃO 019/2012**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 12/006    **Versão do Projeto:** 16/03/2012    **Versão do TCLE:** 16/03/2012

**Coordenadora:**

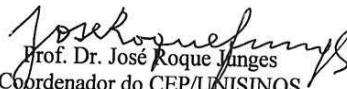
Mestranda Natacha Hennemann de Oliveira (PPG em Psicologia)

**Título:** Como se estabelece a aliança terapêutica em situações de psicoterapia obrigatória?

**Parecer:** O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 16 de março de 2012.

  
Prof. Dr. José Roque Junges  
Coordenador do CEP/UNISINOS

**ANEXO - B - TCLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PACIENTE)**

Eu, Natacha Hennemann de Oliveira, psicóloga, mestranda em psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), juntamente com minha orientadora Profa. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti, estou realizando a pesquisa “Como se estabelece a Aliança Terapêutica em situações de psicoterapia obrigatória?”. Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar como se desenvolve a relação do paciente com seu terapeuta, identificando quais os fatores que intervêm nesta relação quando o atendimento psicoterapêutico é obrigatório e quando é buscado de forma voluntária. Isso se deve a crescente ocorrência desse tipo de atendimento (obrigatório), nos dias de hoje.

A pesquisa será realizada no Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores Públicos Municipais – IPASEM. Para atingirmos nosso objetivo, gostaríamos de convidá-lo(a) participar deste estudo. Sua participação nesse trabalho consistirá em sua autorização para o uso, na pesquisa, dos questionários que foram preenchidos no momento do ingresso no atendimento psicológico no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Públicos Municipais – IPASEM.

Além disso, você não será identificado em nenhum momento, sendo que sua identidade e dados familiares serão preservados.

Você poderá solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento que achar necessário e contatar com a pesquisadora responsável por este trabalho, Psicóloga Natacha Hennemann de Oliveira, CRP 07/15335, pelo telefone: (51) 8434 1575. E, caso você desista participar da pesquisa, você terá liberdade de retirar seu consentimento de participação, sem prejuízo de seu atendimento. Da mesma forma que não haverá qualquer tipo de risco ou custo com a pesquisa.

Este termo deverá ser assinado e preenchido em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra deverá ser devolvida ao pesquisador.

Desde já, agradecemos a sua contribuição para o desenvolvimento deste trabalho e colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos adicionais.

Campo Bom, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_.

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_.

Natacha Hennemann de Oliveira CRP 07/15335

## ANEXO – C

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

**Nome:****Data da aplicação:****Idade:****Sexo:****Escolaridade:****Instruções:**

Você deve responder a cada uma das questões abaixo, de acordo com o que você sente, por isso, não existe resposta certa e errada. **Correspondendo o número 1 a absolutamente não e o número 7 a totalmente sim.**

1. Você se sentiu tentado a interromper a terapia quando foi incomodado ou desapontado com a terapia?  

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

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

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

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

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

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

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente não						Totalmente sim

8. O quanto você conteve seus sentimentos durante essa sessão?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
9. Você achou que comentários de seu terapeuta não lhe ajudaram, foram confusos, incorretos ou que realmente não se aplicaram a você?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
10. Você sentiu que esteve trabalhando junto com seu terapeuta, que os dois estavam unidos em um só esforço para superar seus problemas?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
11. Quanto você esteve livre para discutir assuntos pessoais que você habitualmente fica envergonhado/a ou com medo de revelar?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
12. Durante essa sessão, quanto você esteve disposto para continuar lutando com seus problemas, mesmo que nem sempre pudesse ver uma solução imediata?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
13. Durante essa sessão, quanto seu terapeuta esteve empenhado a lhe ajudar a superar suas dificuldades?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
14. Você sentiu que discordou do seu terapeuta a respeito do tipo de mudanças que gostaria de fazer em sua terapia?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
15. Quanto você se ressentiu do tempo, dos custos ou de outras exigências de sua terapia?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
16. Você sentiu que seu terapeuta entendeu o que você esperava atingir nesta sessão?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |
17. Durante essa sessão, quanto foi importante para você olhar para as maneiras como você poderia estar contribuindo para seus próprios problemas?
- |                   |   |   |   |   |   |                |
|-------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              |
| Absolutamente não |   |   |   |   |   | Totalmente sim |



## ANEXO - D

## QUESTIONÁRIO DE ESTILOS DEFENSIVOS – DSQ-40 (versão em português).

NOME:

DATA DA APLICAÇÃO:

IDADE:

SEXO:

ESCOLARIDADE:

**Instruções:**

Você deve responder a cada uma das questões abaixo, de acordo com o que você sente, por isso, não existe resposta certa e errada. Correspondendo o número 1 a absolutamente não e o número 9 a totalmente sim.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.





Absolutamente não

Concordo totalmente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Absolutamente não

Concordo totalmente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

1      2      3      4      5      6      7      8      9

Absolutamente não

Concordo totalmente

**ANEXO – E**

**Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI - FORMA O)**

**FOLHA DE RESPOSTA**

**NOME:**  
**DATA DA APLICAÇÃO:**  
**IDADE:**  
**SEXO:**  
**ESCOLARIDADE:**

**INSTRUÇÕES**

Primeiro preencha a informação sobre seus dados pessoais.

Leia cada item com cuidado, então assinale a letra que mostra sua resposta. Responda de acordo com sua experiência mais recente. Se uma afirmação tende a ser verdadeira para você, assinale na coluna classificada como Verdadeiro (V). Se a afirmação tende a ser falsa para você, assinale na coluna classificada como Falso (F). Assinale apenas uma letra para cada afirmação. Por favor, tente responder a todas as afirmações.

Use apenas um lápis preto. Faça marcas escuras e fortes. Se você quiser mudar uma resposta, apague sua primeira marca completamente. Em seguida assinale sua nova escolha. Por favor, não faça rabiscos sobre qualquer página desta Folha de Resposta.

- (V) (F) 1. Eu tenho pelo menos um relacionamento estável e satisfatório.
- (V) (F) 2. Se alguém não gosta de mim, eu sempre me esforço para ser agradável para esta pessoa.
- (V) (F) 3. Eu gostaria de ser um ermitão para sempre.
- (V) (F) 4. Eu sou capaz de me isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar até mais de uma semana.
- (V) (F) 5. Eu habitualmente acabo magoando aquelas pessoas que me são mais íntimas.
- (V) (F) 6. As pessoas com quem eu convivo me tratam mais como uma criança do que como um adulto.
- (V) (F) 7. Se alguém que eu conheço bem vai embora, eu até posso sentir falta desta pessoa.
- (V) (F) 8. Eu posso lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar.
- (V) (F) 9. Eu sou extremamente sensível a críticas.
- (V) (F) 10. Exercer poder sobre outra pessoa é um prazer secreto para mim.
- (V) (F) 11. Às vezes eu faço de tudo para conseguir as coisas do meu jeito.

- (V) (F) 12. Quando uma pessoa que me é próxima não está me dando toda a sua atenção, eu frequentemente me sinto magoado e rejeitado.
- (V) (F) 13. Se eu me torno íntimo de alguém, e este alguém não se mostra digno de confiança, eu posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.
- (V) (F) 14. É difícil para mim ficar íntimo de alguém.
- (V) (F) 15. Minha vida sexual é satisfatória.
- (V) (F) 16. Eu tenho tendência a ser aquilo que os outros esperam que eu seja.
- (V) (F) 17. Não importa o quanto um relacionamento possa ficar ruim, eu me mantereí nele.
- (V) (F) 18. Eu não tenho influência sobre ninguém ao meu redor.
- (V) (F) 19. As pessoas não existem quando eu não as vejo.
- (V) (F) 20. Eu fui muito magoado na vida.
- (V) (F) 21. Eu tenho alguém com quem eu posso compartilhar meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
- (V) (F) 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
- (V) (F) 23. Eu anseio ser completamente “um só” com alguém.
- (V) (F) 24. Nos relacionamentos, eu não fico satisfeito a menos que eu esteja com a outra pessoa o tempo todo.
- (V) (F) 25. Eu avalio muito bem as outras pessoas.
- (V) (F) 26. Relacionamentos que eu tenho com pessoas do sexo oposto sempre acabam da mesma maneira.
- (V) (F) 27. Os outros frequentemente tentam me humilhar.
- (V) (F) 28. Eu geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.
- (V) (F) 29. Eu geralmente me arrependo por ter confiado em alguém.
- (V) (F) 30. Quando eu estou com raiva de alguém que me é íntimo, eu sou capaz de conversar a esse respeito.
- (V) (F) 31. Manipular os outros é a melhor maneira de conseguir o que eu quero.
- (V) (F) 32. Eu frequentemente me sinto nervoso quando eu estou perto de pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 33. Eu frequentemente me preocupo com ser deixado de fora das coisas.
- (V) (F) 34. Eu sinto que eu tenho que agradar a todos senão eles poderão me rejeitar.
- (V) (F) 35. Eu me fecho e não vejo ninguém por meses.
- (V) (F) 36. Eu sou sensível a possíveis rejeições por pessoas importantes na minha vida.
- (V) (F) 37. Fazer amigos não é um problema para mim.

- (V) (F) 38. Eu não sei como me aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 39. Quando eu não posso obrigar alguém próximo de mim a fazer o que eu quero, eu fico magoado ou com raiva.
- (V) (F) 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
- (V) (F) 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
- (V) (F) 42. Eu me dedico muito nos relacionamentos e recebo muito em troca.
- (V) (F) 43. Eu me sinto tímido para me aproximar ou conversar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 44. A coisa mais importante para mim em um relacionamento é exercer poder sobre a outra pessoa.
- (V) (F) 45. Eu acredito que uma boa mãe deveria sempre agradar seus filhos.

**ANEXO – F****QUESTIONÁRIO BASEADO NA ESCALA DE EXPERIÊNCIA DE ADMISSÃO DE  
MacARTHUR (AES-15).**

**NOME:**  
**DATA DA APLICAÇÃO:**  
**IDADE:**  
**SEXO:**  
**ESCOLARIDADE:**

**Instruções:**

Você deve responder a cada uma das questões abaixo, de acordo com o que você sentiu no momento em que foi encaminhado para o acompanhamento psicoterapêutico.

1) Você sentiu-se obrigado a realizar tratamento psicológico?

( ) Sim                      ( ) Não

2) Você acredita que precisa de atendimento psicológico?

( ) Sim                      ( ) Não

## ANEXO – G

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS – SCL 90 –R

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Estado civil: solteiro  casado ou amigado  separado  viúvo

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Orientações:

- 1- Preencha os dados de identificação na parte superior da folha;
- 2- Use lápis preto para marcar a resposta;
- 3- Se você desejar alterar sua resposta, apague com cuidado a 1ª e, circule a nova resposta;
- 4- Não faça outras anotações a não ser o círculo ao redor do número escolhido.

Instruções:

Será apresentada uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm. Por favor, leia-os cuidadosamente e circule o número que melhor descreve-o quando aquele problema tem preocupado ou angustiado durante os últimos 7 dias, incluindo hoje. Circule apenas 1 número para cada problema e não pule nenhum item. Se você mudar de ideia, apague sua primeira resposta e remarque circulando outro número.



	Nenhum Pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	O quanto você está preocupado com:
1	0	1	2	3	4	Dores de cabeça
2	0	1	2	3	4	Nervosismo ou tremores intensos
3	0	1	2	3	4	Pensamentos ruins repetidos
4	0	1	2	3	4	Fraqueza ou tonturas
5	0	1	2	3	4	Perda de interesse ou prazer sexual
6	0	1	2	3	4	Sentir-se crítico em relação a outras pessoas
7	0	1	2	3	4	Idéia de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos
8	0	1	2	3	4	Sentir que os outros são culpados de muitos dos seus problemas
9	0	1	2	3	4	Dificuldade de se lembrar das coisas
10	0	1	2	3	4	Preocupado com o desleixo ou falta de cuidado
11	0	1	2	3	4	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado
12	0	1	2	3	4	Dores no coração ou no peito
13	0	1	2	3	4	Sentir medo de espaços abertos ou nas ruas
14	0	1	2	3	4	Sentir-se com pouca energia ou para baixo
15	0	1	2	3	4	Pensamentos de acabar com a própria vida
16	0	1	2	3	4	Escutar vozes que outras pessoas não escutam
17	0	1	2	3	4	Estar trêmulo (com tremedeira)
18	0	1	2	3	4	Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas
19	0	1	2	3	4	Ter pouco apetite
20	0	1	2	3	4	Chorar facilmente
21	0	1	2	3	4	Sentir-se envergonhado ou desconfortável em relação ao sexo oposto
22	0	1	2	3	4	Sentir-se trapaceado e curralado (sem saída)
23	0	1	2	3	4	Repentinamente sentir medo sem razão
24	0	1	2	3	4	Explosões que você não pode controlar (explosões de raiva)
25	0	1	2	3	4	Ter medo de sair de casa sozinho
26	0	1	2	3	4	Sentir-se culpado
27	0	1	2	3	4	Dores nas costas e quadris
28	0	1	2	3	4	Sentir-se bloqueado (com dificuldade para terminar as coisas)
29	0	1	2	3	4	Sentir-se sozinho
30	0	1	2	3	4	Sentir-se sem importância
31	0	1	2	3	4	Preocupar-se demais com as coisas
32	0	1	2	3	4	Sentir-se desinteressado pelas coisas

	Nenhum Pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	O quanto você está preocupado com:
33	0	1	2	3	4	Sentir medo
34	0	1	2	3	4	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos
35	0	1	2	3	4	Outras pessoas estarem a par de seus sentimentos íntimos
36	0	1	2	3	4	Sentir que os outros não entendem ou são antipáticos
37	0	1	2	3	4	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você
38	0	1	2	3	4	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza de que estão corretas
39	0	1	2	3	4	Coração palpitando ou disparando
40	0	1	2	3	4	Náuseas, enjôos ou estômago ruim
41	0	1	2	3	4	Sentir-se inferior aos outros
42	0	1	2	3	4	Dores musculares (dor no corpo)
43	0	1	2	3	4	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros
44	0	1	2	3	4	Problemas para conciliar o sono
45	0	1	2	3	4	Ter que conferir e reconferir o que fez
46	0	1	2	3	4	Dificuldade para tomar decisões
47	0	1	2	3	4	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens
48	0	1	2	3	4	Problemas para respirar
49	0	1	2	3	4	Ondas de calor ou frio
50	0	1	2	3	4	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)
51	0	1	2	3	4	Um "branco" na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembra-se de algo)
52	0	1	2	3	4	Dormência ou formigamento em partes do corpo
53	0	1	2	3	4	Um nó na garganta
54	0	1	2	3	4	Sentir-se sem esperança sobre o futuro
55	0	1	2	3	4	Dificuldade de concentração
56	0	1	2	3	4	Sentir fraqueza em partes do corpo
57	0	1	2	3	4	Sentir-se tenso ou travado
58	0	1	2	3	4	Sentir peso nos braços e pernas
59	0	1	2	3	4	Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo
60	0	1	2	3	4	Comer demais
61	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam com você
62	0	1	2	3	4	Ter pensamentos que não são seus
63	0	1	2	3	4	Ter desejos de bater, machucar ou ameaçar alguma pessoa
64	0	1	2	3	4	Acordar de madrugada

	Nenhum Pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	O quanto você está preocupado com:
65	0	1	2	3	4	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar
66	0	1	2	3	4	Sono sem descanso ou perturbado
67	0	1	2	3	4	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas
68	0	1	2	3	4	Ter ideias ou crenças que os outros não aceitam
69	0	1	2	3	4	Sentir-se muito acanhado ou preocupado c
70	0	1	2	3	4	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema
71	0	1	2	3	4	Sentir que tudo é um esforço
72	0	1	2	3	4	Ondas de terror ou pânico
73	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável por comer ou beber em público
74	0	1	2	3	4	Envolver-se frequentemente em discussões
75	0	1	2	3	4	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho
76	0	1	2	3	4	Os outros não dão o devido crédito (valor) às suas conquistas
77	0	1	2	3	4	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado
78	0	1	2	3	4	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)
79	0	1	2	3	4	Sentimentos de inutilidade
80	0	1	2	3	4	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você
81	0	1	2	3	4	Gritar ou atirar coisas
82	0	1	2	3	4	Com medo de desmaiar em público
83	0	1	2	3	4	Sentir que as pessoas tirarão vantagem de você, caso permita
84	0	1	2	3	4	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito
85	0	1	2	3	4	Idéia de que você deveria ser punido pelos seus pecados
86	0	1	2	3	4	Pensamentos e imagens de natureza assustadora
87	0	1	2	3	4	A idéia de que algo sério está errado com seu corpo
88	0	1	2	3	4	Nunca se sentir próximo a outra pessoa
89	0	1	2	3	4	Sentimentos de culpa
90	0	1	2	3	4	A idéia de que há algo errado com sua mente