



ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados à percepção de aliança terapêutica por pacientes em psicoterapia psicanalítica

Factors associated with patient's perception of therapeutic alliance in psychoanalytic psychotherapy

Camila Piva da Costa^a

Camila Pereira Alves^b

Cláudio Laks Eizirik^c

^a Doutoranda em Psiquiatria – (Psicóloga) – Porto Alegre – RS – Brasil.

^b Mestranda em Psicologia social e institucional Universidade Federal do Rio Grande do Sul – (Psicóloga). Porto Alegre – RS – Brasil.

^c Doutor em Psiquiatria Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – (Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre). Porto Alegre – RS – Brasil.

DOI: 10.5935/2318-0404.20180005

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT) – Porto Alegre – RS – Brasil

Resumo

A percepção do paciente sobre a relação com seu psicoterapeuta é determinante para a sua permanência em tratamento e para o sucesso da psicoterapia. Estabelecer preditores de aliança terapêutica pode ter o potencial de auxiliar os psicoterapeutas a utilizar formas de intervenção durante as fases iniciais do tratamento. O objetivo do estudo foi investigar a associação entre fatores sócio-demográficos e clínicos do paciente e do terapeuta e a forma como o paciente percebe a aliança terapêutica. Trata-se de um estudo transversal que avaliou a

qualidade da aliança em pacientes adultos atendidos em psicoterapia psicanalítica em um ambulatório de saúde mental. A amostra foi constituída por 118 pacientes que chegaram até a quarta sessão de psicoterapia psicanalítica. Os resultados apontam para a influência da intensidade dos sintomas de psicoticismo e do gênero do paciente na percepção da aliança terapêutica.

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

Abstract

The patient's perception of the relationship with their therapist is determinant for their treatment adherence and for the success of psychotherapy. Establishing predictors of therapeutic alliance may potentially help psychotherapists to use forms of intervention during the early stages of treatment. This study aimed to investigate the association between socio-demographic and clinical factors of both patient and therapist and the way in which the patient perceives the therapeutic alliance. It is a cross-sectional study that evaluated the quality of the alliance in adult patients attended in psychoanalytic psychotherapy in a mental health outpatient clinic. The sample consisted of 118 patients who reached the fourth session of psychoanalytic psychotherapy. The results suggest that the intensity of psychoticism symptoms and patient gender influence the perception of the therapeutic alliance.

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

Introdução

A psicoterapia psicanalítica tem ampliado seu campo de investigação, buscando analisar variáveis do processo e dos resultados do tratamento. Nas últimas décadas, com o crescente refinamento da técnica psicanalítica, cada vez mais se incluem a mente do psicoterapeuta e o campo bipessoal que este constitui com o paciente como elementos centrais da investigação¹. Portanto, a percepção do paciente sobre a relação com seu psicoterapeuta é essencial para a sua permanência em tratamento e para o sucesso da psicoterapia.

A aliança terapêutica é um conceito central no processo da psicoterapia psicanalítica^{2,3,4}. Historicamente, a aliança terapêutica foi desenvolvida a fim captar o papel especial desempenhado pela relação paciente-psicoterapeuta: em 1912, Freud⁵ esboçou as primeiras referências a este modelo. Entre as décadas de 1930 e 1980, outros autores revisaram e expandiram o conceito de aliança^{6,7,8,9}. A aliança terapêutica é entendida como a capacidade do paciente de estabelecer uma ligação de trabalho com o terapeuta, incluindo sua motivação em colaborar e sua capacidade de participar ativamente do processo⁸. É dependente dos laços afetivos do

paciente com o terapeuta, do acordo mútuo nas tarefas objetivas e do papel do terapeuta como um ouvinte empático^{10,11}.

Vários estudos têm demonstrado que a aliança terapêutica é o preditor mais sólido de resultados das psicoterapias tanto para as abordagens cognitivas, interpessoais, comportamentais quanto psicodinâmicas^{12,13,14,15,16,17,18,19,20}. Presume-se que a qualidade da aliança é mais importante do que a orientação teórica da psicoterapia na predição de resultados positivos, constituindo-se um fator inegável e forte fator inespecífico que explica a mudança através das diferentes modalidades clínicas e abordagens teóricas.²¹ Apesar disso, pouco se identificou a respeito dos fatores que podem propiciar melhor aliança e se é possível trabalhar no desenvolvimento da mesma^{22,23,24}.

Há indicações de que o estilo defensivo do paciente não influencia no estabelecimento da aliança terapêutica^{25,26}. Os fatores positivamente associados descritos na literatura são a motivação do paciente, as expectativas deste antes de iniciar o tratamento²⁷ e as características de abertura e de exploração nos terapeutas²⁸. Os negativamente associados são a gravidade da sintomatologia dos pacientes²⁹, a percepção pelo paciente de irritabilidade e frieza do terapeuta, a utilização precoce de interpretações³⁰ e a contratransferência negativa³¹.

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

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de estudo transversal realizado em ambulatório de saúde mental no sul do Brasil (Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade). O ambulatório integra uma instituição de ensino que forma psicoterapeutas psicanalíticos em uma especialização de três anos. Os atendimentos têm término aberto e os honorários e frequência das sessões são estipuladas entre cada terapeuta e paciente nas primeiras sessões. A partir de uma amostra de sessões realizadas neste ambulatório, concluiu-se que os psicoterapeutas desta instituição parecem aderir à técnica da psicoterapia psicanalítica em suas intervenções³².

Participantes

Participaram do estudo 118 pacientes adultos (entre 18 e 59 anos) que iniciaram psicoterapia psicanalítica. Assim, foram incluídos pacientes que permaneceram em atendimento até a quarta sessão, concordaram em participar do estudo e que assinaram o TCLE. Foram incluídos todos os terapeutas que concordaram previamente em participar da pesquisa de forma que todas as variáveis sócio-demográficas e clínicas dos terapeutas estivessem representadas na amostra (idade, sexo, experiência do terapeuta).

Instrumentos

Questionário sócio-demográfico e clínico – Os dados relatados pelo paciente foram obtidos a partir da ficha de contato inicial que os pacientes preenchem ao ingressar na instituição e a partir dos registros dos profissionais que realizam as entrevistas iniciais. Os dados obtidos foram: sexo, idade, escolaridade e diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10ª. Edição (CID-10)³³. O diagnóstico foi formulado por profissionais especialistas em psicoterapia psicanalítica e treinados para a condução de entrevistas iniciais.

Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R) – Para avaliação do tipo e da gravidade da sintomatologia apresentada pelo paciente foram utilizadas as medidas de avaliação de sintomas aferidas pelo SCL-90-R. Compreende nove dimensões: Somatização, Obsessividade/Compulsividade, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Idéias Paranóides e Psicoticismo. Foi desenvolvido por Derogatis e Savitz³⁴ e adaptado e validado para a população brasileira por Laloni³⁵. O instrumento ainda fornece o Índice Global de Severidade (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP), definido pela intensidade em que os sintomas pontuados estão presentes.

California Psychotherapy Alliance Scales (Calpas – P) – A Aliança Terapêutica foi avaliada pela Calpas – P (versão paciente), que foi desenvolvida por Marmar et al.³⁶ A versão atual da Calpas – P (versão paciente) foi desenvolvida para medir quatro dimensões:

- *Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente (PC)*: avalia o esforço do paciente em empreender uma mudança, boa vontade em fazer sacrifícios em relação ao tempo e ao dinheiro; visão da terapia como uma experiência importante; confiança na terapia e no terapeuta; participação na terapia apesar de momentos de sofrimento; compromisso de completar o processo terapêutico.
- *Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente (PWC)*: auto-observar suas reações; explorar as contribuições para os problemas; experimentar emoções de forma modulada; trabalhar ativamente com as observações do terapeuta; aprofundar a exploração dos temas emergentes; trabalhar em direção à resolução dos problemas.
- *Escala de Avaliação da Compreensão e Envolvimento do Terapeuta (TUI)*: capacidade do terapeuta em entender o ponto de vista e o sofrimento do paciente; demonstrar aceitação do paciente sem julgamentos; dirigir-se ao ponto central de dificuldade do paciente; intervir com tato e no tempo certo; não usar de forma incorreta a terapia para suas necessidades; mostrar compromisso em ajudar o paciente a vencer os problemas.
- *Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia (WSC)*: aborda a semelhança de objetivos do terapeuta e do paciente; o esforço conjunto; o entendimento de como uma pessoa pode ser ajudada; como pode se modificar na terapia; como a terapia deveria proceder.

A Calpas – P (versão paciente) foi traduzida para o português por Marcolino e Iacoponi³⁷.

Coleta de dados

Os pacientes preencheram a ficha com os dados sócio-demográficos e o instrumento que avalia a sintomatologia (SCL-90-R) durante a entrevista de triagem. Após essa avaliação inicial os pacientes foram encaminhados para iniciar a psicoterapia. Após a quarta sessão, os pacientes responderam ao questionário de aliança terapêutica. Esse momento do tratamento foi eleito para a avaliação, pois pesquisando a aliança terapêutica na psicoterapia psicanalítica, a literatura considera que o período de avaliação teria duração de 2 a 4 sessões. Logo, entenderam que esse é o prazo necessário para o estabelecimento da aliança terapêutica e para o início da psicoterapia³⁸.

Considerações Éticas

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

Análise estatística

Para a caracterização da amostra estudada foi utilizado o cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e a média e o desvio padrão para as variáveis contínuas. Para algumas variáveis, como tempo de formação e tempo de experiência clínica foram utilizados a mediana e o intervalo interquartil por apresentarem distribuição assimétrica. Para avaliar associação das variáveis com as dimensões da aliança terapêutica foram utilizados a análise de variâncias (ANOVA), o teste T de Student e o coeficiente de correlação de Spermann. Foram considerados significativos os resultados com valor de *p* igual ou menor a 0,05. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS versão 18.

Resultados

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

Tabela 1. Variáveis Sócio-demográficas e clínicas da amostra

	N	%
Sexo do paciente		
Feminino	87	73.7
Masculino	31	26.3

Idade do paciente (em anos)	32,6 ± 10,3 ^b	
Escolaridade do paciente		
Com Ensino Superior	87	73.7
Sem Ensino Superior	31	26.3
Diagnóstico do paciente		
Transtornos de humor	57	48.3
Transtornos Neuróticos, stress e somatoformes	40	33.9
Transtornos Neuróticos não especificados	13	11.0
Transtornos Mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas	5	4.2
Transtornos de Personalidade	3	2.5
Sexo terapeuta/paciente		
Feminino/Feminino	79	66.9
Feminino/Masculino	26	22.0
Masculino/Feminino	8	6.8
Masculino/Masculino	5	4.2
Sexo do terapeuta		
Feminino	105	89.0
Masculino	13	11.0
Idade do terapeuta (em anos)	31,5 ± 8,5 ^b	
Diferença de idade entre terapeuta e paciente		
Mesma idade (até 5 anos)	45	38.1
Terapeuta mais jovem (5 anos ou mais)	39	33.1
Terapeuta mais velho (5 anos ou mais)	34	28.8
Tempo de formação em Psicologia	4 (1.5- 6) ^a	
Tempo de atuação clínica	3 (1.4 - 6) ^a	
Grau de instrução no curso		
especialista	60	50.8
primeiro	44	37.3
segundo	7	5.9
terceiro	7	5.9

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

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

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

Variáveis	PC			PWC		TUI		WSC		Aliança	
		compromisso do paciente		capacidade de trabalho do paciente		compreensão e envolvimento do terapeuta		acordo de trabalho e estratégia		Total	
	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Sexo											
Feminino	87	5.83	0.7	5.45	0.77	6.66	0.45	6.27	0.83	6.05	0.57 ^b
Masculino	31	5.58	0.96	5.27	0.94	6.44	0.61	6.17	0.67	5.86	0.61
<i>p</i>		<i>p</i> =0.127		<i>p</i> =0.292		<i>p</i>=0.036*		<i>p</i> =0.541		<i>p</i> =0.151	
Escolaridade											
Com Ensino Superior	87	5.77	0.83	5.46	0.82	6.61	0.49	6.26	0.81	6	0.60 ^b
Sem Ensino Superior	31	5.77	0.65	5.24	0.79	6.6	0.55	6.22	0.74	5.96	0.51
<i>p</i>		<i>p</i> =0.994		<i>p</i> =0.206		<i>p</i> =0.935		<i>p</i> =0.840		<i>p</i> =0.701	
Diagnóstico											
T. de humor	57	5.87	0.67	5.48	0.79	6.64	0.44	6.27	0.81	6.03	0.56 ^b
T. Neuróticos, stress e somatoformes	40	5.78	0.8	5.32	0.72	6.6	0.49	6.25	0.66	5.99	0.56
T. Mental não especificado	13	5.63	0.68	5.41	0.78	6.65	0.42	6.51	0.61	6.05	0.47
T. Mentais devidos ao uso de subs. psicoativa	5	5.63	1.29	5.63	1.05	6.5	0.85	5.66	1.44	5.85	1.02
T. de personalidade	3	4.55	1.36	4.72	2.02	6	1.32	5.61	1.06	5.22	0.59
<i>p</i>		<i>p</i> =0.065		<i>p</i> =0.505		<i>p</i> =0.299		<i>p</i> =0.183		<i>p</i> =0.194	

b = teste t de Student $p \leq 0.05$

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

Tabela 3. Associações entre Aliança e Fatores Sócio-demográficos e Clínicos do Terapeuta

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

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

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

Tabela 4. Associações entre Aliança e Fatores Sócio-demográficos da dupla

Variáveis	PC		PWC		TUI		WSC		Aliança Total		
	compromisso do paciente		capacidade de trabalho do paciente		compreensão e envolvimento do terapeuta		acordo de trabalho e estratégia				
	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Sexo terapeuta/paciente											
Feminino/Feminino	79	5.83	0.73	5.42	0.76	6.66	0.47	6.24	0.86	6.02	0.59 ^a
Feminino/Masculino	26	5.56	1.03	5.25	0.95	6.43	0.66	6.19	0.68	5.85	0.65
Masculino/Feminino	8	5.85	0.34	5.77	0.76	6.71	0.26	6.60	0.23	6.23	0.22
Masculino/Masculino	5	5.70	0.40	5.36	0.94	6.50	0.26	6.09	0.69	5.91	0.41
<i>p</i>		<i>p</i> =0.486		<i>p</i> =0.475		<i>p</i> =0.215		<i>p</i> =0.587		<i>p</i> =0.378	

Idade terapeuta/paciente											
Mesma idade (até 5 anos)	45	5.85	0.68	5.46	0.88	6.55	0.60	6.26	0.73	6.02	0.58
Terapeuta mais jovem (5 anos ou mais)	39	5.72	0.91	5.27	0.70	6.60	0.54	6.17	0.92	5.94	0.60
Terapeuta mais velho (5 anos ou mais)	34	5.71	0.76	5.49	0.85	6.68	0.30	6.32	0.71	6.01	0.56
<i>p</i>		<i>p</i> =0.671		<i>p</i> =0.432		<i>p</i> =0.557		<i>p</i> =0.732		<i>p</i> =0.798	

a = ANOVA; $p \leq 0.05$

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

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

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

* Correlação significativa a 0.05.

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

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que, no início da psicoterapia, existe interferência do gênero e da gravidade dos sintomas do paciente na percepção da aliança terapêutica. Identificou-se que os pacientes homens percebem, em média, pior aliança na dimensão que se refere à compreensão e envolvimento do terapeuta, quando comparados a pacientes do sexo feminino. Esses dados podem indicar que homens tendem

a considerar seus terapeutas com menor capacidade de entender seu ponto de vista e sofrimento, demonstrar aceitação sem julgamentos, dirigir-se ao ponto central de dificuldade, intervir com tato e no tempo certo, e mostrar real compromisso em ajudar e abater os problemas.

O percentual de homens que buscam psicoterapia ainda é pequeno se comparado ao de mulheres^{39,40}. Um estudo do sul do Brasil constatou que 59,73% dos atendimentos são realizados por mulheres, comparado com os 34,92% dos homens⁴¹. Reconhece-se que os achados são comuns a outras regiões do Brasil^{42,43,44}, em que as mulheres buscam mais espontaneamente atendimento psicológico^{44,45}. Além disso, o sexo masculino é apontado como fator de risco para abandono de tratamento^{46,47}. Os pacientes do sexo masculino tendem a procurar menos ajuda, abandonam mais seus tratamentos e parecem vincular-se menos com seus terapeutas. Esse achado torna relevante questionar a forma como os psicoterapeutas psicanalíticos realizam suas intervenções iniciais, a fim de estabelecer um melhor vínculo com essa população específica. Considera-se ainda, que a menor procura de psicoterapia pelos homens já é um indicativo importante de resistência, levando em conta o resultado significativo na dimensão da aliança que avalia a percepção dos pacientes em relação ao envolvimento do terapeuta no processo.

Culturalmente, há uma tendência aparente dos homens a não demonstrarem comportamentos de busca de ajuda, apresentando maior restrição em sua emotividade e optando por intervenções mais objetivas (como medicamentos e terapia cognitivo comportamental). A psicoterapia psicanalítica envolve maior exploração das emoções^{39,48} o que pode fomentar resistências. Pode-se considerar que essas características masculinas e a menor aliança nessa dimensão (que inclui a forma como o paciente percebe seu terapeuta como capaz de ajudá-lo) podem se relacionar com a percepção do paciente quanto a capacidade empática do terapeuta, conforme descrita por vários autores^{49,50}. A empatia providenciou um dos maiores canais de informação, possibilitando ao terapeuta avaliar o estado atual da aliança terapêutica e a qualidade da relação com o paciente. A falta de empatia entre paciente e terapeuta compromete o processo de aliança, o que é confirmado pelo achado de que medidas de aliança precoce estão significativamente correlacionadas com medidas de empatia, assim como o resultado da psicoterapia^{51,52,53}.

Os sintomas de psicoticismo revelaram-se associados com menor aliança na dimensão do comprometimento com a psicoterapia. Outras pesquisas encontraram associação com a intensidade e severidade dos sintomas e o abandono de tratamento^{54,55}, além de apoiarem a ideia de que o diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses também aumentam a probabilidade de abandono^{56,57}. Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos esquizotípicos tendem a resistir para iniciar a psicoterapia e sustentar qualquer modalidade de tratamento. Além disso, a psicoterapia psicanalítica pode não ser a primeira opção de tratamento para esses casos, mesmo combinada com medicações, pois há estudos que mostram o efeito positivo da terapia cognitivo comportamental na redução de sintomas, melhorando discernimento e reduzindo o tempo de remissão⁵⁸.

A condição de uma menor aliança no que se refere ao comprometimento do paciente em manter a psicoterapia pode estar relacionada com o fato de pacientes mais regressivos, com funcionamento primitivo,

apresentarem um ego mais frágil, com mecanismos de defesa imaturos e apresentem maior resistência em se comprometer com um processo árduo e trabalhoso como a psicoterapia. É provável que necessitem de formas mais objetivas para conseguirem se engajar no tratamento⁵⁹. Esses pacientes encontram-se em uma posição narcísica e demonstram menor capacidade de investir no outro, o que dificulta o comprometimento com psicoterapias que trabalham diretamente com as relações de objeto. Há ainda a possibilidade de que pacientes com sintomas de psicoticismo podem demorar mais tempo para estabelecer a aliança terapêutica, sendo necessários estudos prospectivos com estes pacientes para monitorar a evolução da aliança.

Os resultados apontam que pacientes do sexo masculino e com alto grau de psicoticismo são menos propensos a se vincularem com seus terapeutas. Em função disso, pode ser necessário que o terapeuta conheça os preditores de fraca percepção da aliança terapêutica e realize algumas modificações da técnica com o objetivo de conduzir com maior atenção o vínculo inicial. Há evidências de que terapeutas podem trabalhar para desenvolver alianças positivas com seus pacientes. Um estudo investigou um treinamento dirigido aos terapeutas para reforçar a aliança terapêutica com base na concordância sobre as tarefas, acordo em objetivos e vínculo terapêutico, propondo formas de maximizar o acordo explícito e contínuo do que a dupla deseja atingir com a psicoterapia. Os resultados globais desse estudo evidenciaram que o treinamento pode aprimorar as alianças e a qualidade de vida. O estabelecimento de um clima de cooperação e uma comunicação eficaz foram condutas do terapeuta que auxiliaram no desenvolvimento da aliança⁶⁰.

Gomes²⁶ também levanta a hipótese de que os terapeutas treinados podem alcançar capacidade qualificada de interação com os pacientes independente do diagnóstico, da sintomatologia e dos níveis dos mecanismos de defesa. Ackerman⁶¹ demonstrou, em sua pesquisa sobre a influência das características do terapeuta e de sua técnica no desenvolvimento da aliança terapêutica, que algumas características do terapeuta, como flexibilidade, respeito, honestidade, confiabilidade, confiança, calor humano, interesse e tolerância, contribuíram positivamente para a formação do vínculo. Além disso, o uso de técnicas de exploração, reflexão, valorização de resultados, interpretações acuradas, facilitação da expressão dos afetos e valorização da experiência do paciente também contribuíram positivamente.

É provável que tanto pacientes como terapeutas com suas histórias pessoais, tenham potencialidade de desenvolver uma boa aliança, através de características de ambos. Investigar o efeito de combinações específicas de variáveis dos pacientes e terapeutas no desenvolvimento da aliança revela-se um novo desafio em pesquisas sobre o tema⁴.

A necessidade de pesquisar a dupla paciente-terapeuta é confirmada pela constatação de que a maior parte dos fatores individuais dos pacientes e terapeutas não se mostrou associada à percepção da aliança. A concepção deste espaço intersubjetivo de criação e desta atmosfera de relação que se estabelece na psicoterapia psicanalítica é descrita pelo casal Baranger⁶² como campo analítico. Trata-se, portanto, não de uma soma simples das contribuições do terapeuta e do paciente, mas de uma estrutura inédita com características próprias⁶². A criação desse conceito amplia e aumenta a complexidade do trabalho do terapeuta, já que

esse novo entendimento propõe que ambas as subjetividades (tanto do paciente quanto do terapeuta) são parte integrante e igualmente importantes do processo, se influenciando mutuamente e criando um contato emocional intenso entre paciente e terapeuta que não só modifica como define o avanço ou a estagnação do processo analítico.

Em relação às limitações do estudo, considera-se que a pesquisa foi realizada em um único centro de psicoterapia psicanalítica, o que impossibilita a generalização dos dados. Há também pouca representatividade de terapeutas homens na amostra, o que se constitui uma limitação do estudo, mas ao mesmo tempo retrata a realidade das psicoterapias na nossa região, onde ainda há um predomínio de terapeutas mulheres. Segundo dados do Conselho Regional de Psicologia, o número de psicólogos ativos é 15.688, sendo 91% do sexo feminino e 9% do sexo masculino. Ainda, a maioria dos terapeutas participantes do estudo são iniciantes e, talvez, terapeutas mais experientes possam manejar melhor a aliança terapêutica no início do tratamento.

Optou-se por não avaliar a flutuação da aliança ao longo do tratamento, principalmente pelo fato do estudo não contemplar um tempo maior de acompanhamento e pela literatura enfatizar que a aliança costuma se estabelecer nos momentos iniciais da terapia, sendo o vínculo inicial o principal preditor dos resultados terapêuticos^{63,64,65,66}. Apesar disso, outras pesquisas revelam haver dois padrões de desenvolvimento da aliança terapêutica ao longo do tratamento: um refere-se à constância da aliança ao longo da terapia, e o outro ao crescimento linear da sua qualidade ao longo do tempo^{67,68}. Por isso, torna-se necessário outras pesquisas visando contribuir para esses esclarecimentos. O acompanhamento de casos em longo prazo pode demonstrar se o efeito da diferença da percepção do homem, como o encontrado neste estudo, é restrito ao momento inicial do tratamento, ou se esta percepção é passível de alteração no decorrer de um tratamento. Ademais, a fim de ampliar esse campo de investigação, faz-se necessário aumentar o número de instrumentos para a população brasileira que avaliem a aliança terapêutica.

Conclusão

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

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

Referências

1. Eizirik CL. Psicanálise e pesquisa. [Editorial] Rev. bras. psiquiatr. 2006;28:171-2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000300003>
2. Bordin E. Research strategies in psychotherapy. New York: John Wiley; 1974.
3. Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. In: Claghorn JL. (Ed.). Successful psychotherapy. New York: Brunner/Mazel; 1976. P. 92-116.
4. Luborsky L. A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychother. res.* 2000;10:17-29. doi: 10.1080/713663591
5. Freud S.. A dinâmica da transferência (1912). In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V 12. Rio de Janeiro: Imago. 1974.
6. Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. *Int. J. Psychoanal.* 1934;115:117-26.
7. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal.* 1956 Jul-Oct;37(4-5):369-76.
8. Greenson R. A técnica e a prática da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 1967.
9. Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 1979;16:252-260. doi: 10.1037/h0085885
10. Gaston L. Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales – patient version. *Psychol. assess.* 1991;3:68-74. doi: 10.1037/1040-3590.3.1.68
11. Fenton LR, Cecero JJ, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *J Psychother Pract Res.* 2001 Fall;10(4):262-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330662/>
12. Horvath A, Symonds DB. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta analysis. *J. couns. psychol.* 1991;38(2),139-49. doi: 10.1037//0022-0167.38.2.139
13. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol.* 1996 Jun;64(3):532-9. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.532
14. Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabaugh R, Donovan DM. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *J Consult Clin Psychol.* 1997 Aug;65(4):588-98. doi: 10.1037/0022-006X.65.4.588
15. Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *J Consult Clin Psychol.* 1997 Jun;65(3):510-4. doi: 10.1037/0022-006X.65.3.510
16. Gaston L, Thompson L, Gallagher D, Cournoyer LG, Gagnon R. Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychother. res.* 1998;8:190-209. doi: 10.1080/10503309812331332307
17. Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Pinsky H, Samstag LW, Muran JC, Winston A. A randomized prospective

- study comparing supportive and dynamic therapies: Outcome and alliance. *J Psychother Pract Res*. 1998 Fall;7(4):261-71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330512/>
18. Norcross JC. Empirically supported therapy relationships. In JC Norcro (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. London:Oxford University Press; 2002. P.3-16.
 19. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *Int J Soc Psychiatry*. 2004 Jun;50(2):115-28. Retrieved from <http://isp.sagepub.com/content/50/2/115.full.pdf+html?frame=header>
 20. Patterson CL, Uhlin B, Anderson T. Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *J Couns Psychol*. 2008 Oct;55(4):528-34. doi: 10.1037/a0013289.
 21. Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In Lambert, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2004.
 22. Tryon GS, Blackwell SC, Hammel EF. A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychother. res*. 2007;17:629-42.
 23. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patient' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Dec;68(6):1027-32. doi: 10.1037/0022-006X.68.6.1027
 24. Meissner WW. Therapeutic alliance: theme and variations. *Psychoanal. psych*. 2007;24:231-54.
 25. Hersoug AG, Sexton HC, Høglend P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am Am J Psychother*. 2002;56(4):539-54.
 26. Gomes FG, Ceitlin LH, Hauck S, Terra L. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2008;30:109-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300006>
 27. Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York:Guilford Press; 2000.
 28. Horvath AO. The alliance. *Psychother Theor Res Pract Train*. 2001;38(4):365-72. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.365
 29. Casey LM, Oei TP. S, Newcombe PA. Looking beyond the negatives: a time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in CBT for panic disorder. *Psychotherapy Research*. 2004;15:55-68. doi:10.1080/10503300512331327038
 30. Horvath AO, Bedi RP. The therapeutic alliance. In: Norcross JC. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist relational contributions to effective psychotherapy*. New York: Oxford University Press; 2002. P. 37-69.
 31. Ligiero DP, Gelso C. Countertransference, attachment, and the working alliance: the therapist's contributions. *Psychother Theor Res Pract Train*. 2002;39:3-11.
 32. Gastaud MB, Costa CP da, Padoan CS, Berger D, D'Incao DB, Krieger DV, et al. Aderência à técnica na

psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar. J. bras. psiquiatr. 2012;61:189-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000300012>

33. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
34. Derogatis LR, Savitz KL. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: Maruish ME (Ed.). Handbook of psychological assessment in primary care settings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. P. 297-334.
35. Laloni DT. Escala de avaliação de sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade. [Tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2001. 214 p. Retrieved from http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294
36. Marmar C, Weiss D, Gaston L. Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. Psychol. assess. 1989;1:46-52. doi: 10.1037/1040-3590.1.1.46
37. Marcolino J, Iacaponi E. Escala de aliança psicoterápica da Califórnia: Versão do paciente. Rev. Bras. Psiquiatr. 2001 June;23(2):88-95
38. Philips B1, Wennberg P, Werbart A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. Psychol Psychother. 2007 Jun;80(Pt 2):229-45. doi: 10.1348/147608306X128266
39. Khazaie H, Rezaie L, de Jong DM. Dropping out of outpatient psychiatric treatment: a preliminary report of 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. Gen Hosp Psychiatry. 2013 May-Jun;35(3):314-9. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.10.008. Epub 2012 Dec 21.
40. Reneses B, Muñoz E, López-Ibor JJ. Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*. 2009 Oct;8(3):173-77.
41. Campezzatto PM, Nunes MLT. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre [Characterization of the clientele of clinical-school psychology courses in the metropolitan region of Porto Alegre]. *Psicol. reflex. Crit.* 2007;20:376-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300005>
42. Gatti AL, Jonas AL. Caracterização do atendimento psicoterápico a adultos em clínica-escola no ano de 2005. *Integração*. 2007;13:89-93. Retrieved from ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/89_48.pdf
43. Romaro RA, Capitão GC. Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2003;5:111-21.
44. Enéas MLE, Faleiros JC, Sá ACA. Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: Caracterização dos processos com adultos. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2000;2(2):9-30. Retrieved from <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1108/817>
45. Carvalho MJC, Telles SRA. Considerações sobre queixas de pacientes em triagem de clínica-escola. *Psikhe: revista da Faculdade de Psicologia das FMU*. 2001;6:8-18. Retrieved from http://fmu.com.br/site/graduacao/psicologia/arquivos/revista_psike/psikhe-v.6-n.1.pdf
46. Díaz Curiel J, Avis D, Araujo E, Pascual MA, Portolés J, Criado C, et al. Estudio de variables relacionadas con

- el abandono de pacientes de un servicio de salud mental. *An. psihiatr.* 2003;19:296-300. Retrieved from <http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?IR=26&IESP=16&S=1>
47. Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry.* 2002 May;159(5):845-51. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3736/845.pdf>
 48. Blumenfield M. Choosing a psychotherapist: Should gender matter? *Huffpost healthy living.* 2011, May 31; Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/michael-blumenfield-md/choosing-a-psychotherapist_b_868475.html
 49. Meissner WW. Empathy in the therapeutic alliance. *Psychoanalytic Inquiry.* 1996;16:39-53. doi: 10.1080/07351699609534063
 50. Kohut H. *The restoration of the self.* New York: International Universities Press; 1977.
 51. Adler, JV. *A study of the working alliance in psychotherapy.* (Unpublished doctoral dissertation). University of British Columbia, Vancouver, Canada; 1988. Retrieved from <https://circle.ubc.ca/handle/2429/29229>
 52. Horvath AO, Greenberg LS. *The working alliance: theory, research and practice.* New York:Wiley; 1994.
 53. Moseley D. *The therapeutic relationship and its association with outcome.* Unpublished master's thesis, University of British Columbia: Vancouver, Canada; 1983.
 54. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: characteristics and outcome. *Br J Psychiatry.* 2000 Feb;176:160-5. doi: 10.1192/bjp.176.2.160
 55. Morlino M, Martucci G, Musella V, Bolzan M, de Girolamo G. Patients dropping out treatment in Italy. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Jul;92(1):1-6.
 56. Bueno Heredia A, Córdoba Doña JA, Escolar Pujolar A, Carmona Calvo J, Rodríguez Gómez C. El abandono terapéutico. *Actas esp. psihiatr.* 2001;29: 33-40.
 57. Young AS1, Grusky O, Jordan D, Belin TR. Routine outcome monitoring in the public mental health system: the impact of patients who live care. *Psychiatr Serv.* 2000 Jan;51(1):85-91.
 58. Krarup G. Psykotterapi ved skizofreni [Psychotherapy for schizophrenia]. *Ugeskr Laeger.* 2008 Nov 10;170(46):3755-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19014723>
 59. Murawiec S1, Zechowski C. [Schizophrenic patient's constant refusal of psychotropic medication--case report and psychodynamic remarks]. *Psychiatr Pol.* 2007 Jul-Aug;41(4):551-60.
 60. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Crits-Christoph K, Narducci J, Schamberger M, Gallop R. Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research.* 2006;16:268–281. doi: 10.1080/10503300500268557
 61. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev.* 2003 Feb;23(1):1-33. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
 62. Baranger M. & Baranger W. La situación analítica como campo dinámico [The analytic situation as

a dynamic field]. Rev. urug. Psicoanal. 1961;4(1):3-54. Retrieved from <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040101.pdf>

63. Castonguay LG, Constantino MJ, Holtforth MG. The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy (Chic)*. 2006 Fall;43(3):271-9. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271.
64. Horvath AO. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *J Clin Psychol*. 2000 Feb;56(2):163-73.
65. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Aug;61(4):561-73. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
66. Samstag LW, Batchelder ST, Muran JC, Safran JD, Winston A. Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: an assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *J Psychother Pract Res*. 1998 Spring;7(2):126-43.
67. Fitzpatrick MR, Iwakabe S, Stalikas A. Perspective divergence in the working alliance. *Psychother. res*. 2005;15(1-2):69-79. doi: 10.1080/10503300512331327056
68. Muran JC, Safran JD, Gorman BS, Samstag LW, Eubanks-Carter C, Winston A. The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three timelimited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy (Chic)*. 2009 Jun;46(2):233-48. doi: 10.1037/a0016085. doi: 10.1037/a0016085

Revisão bibliográfica, elaboração de texto e análise por Camila Piva da Costa; Sistematização dos resultados e elaboração de texto por Camila Pereira Alves; Supervisão e revisão da versão final, Dr. Cláudio Laks Eizirik.

Correspondência

Camila Piva da Costa

Rua Félix da Cunha 737/606

90570-001 Porto Alegre, RS, Brasil

camilapdacosta@gmail.com

Submetido em: 09/01/2018

Aceito em: 29/03/2018