



ARTIGO ESPECIAL

Inter-relações entre a personalidade do paciente e os processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica – notas sobre um projeto de pesquisa

Interrelations between patient's personality and the processes of bond and change in psychoanalytic psychotherapy – notes about a research project

Interrelaciones entre la personalidad del paciente y los procesos de vinculación y cambio en psicoterapia psicoanalítica – notas sobre un proyecto de investigación

Fernanda Barcellos Serralta^a

Eduarda Duarte de Barcellos^b

Lívia Fração Sanchez^c

Patrícia Dotta^d

Vitória Evaldt^e

Heitor Holland^f

^a Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil.

^b Mestranda em Psicologia no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil.

^c Doutoranda em Psicologia no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil.

^d Mestranda em Psicologia no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil.

^e Graduanda em Psicologia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil.

^f Graduando em Psicologia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20180034

Instituição: Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil

Resumo

Embora já existam evidências que sustentam diversos conceitos psicanalíticos e a eficácia da psicoterapia psicanalítica (PP), ainda existem poucos esforços para integrar a pesquisa empírica e a prática clínica. O Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI) é um grupo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS que tem como missão promover esta integração com vistas a contribuir para a difusão do status científico da PP e para gerar conhecimentos que ampliem a sua efetividade e impacto na saúde mental da população. Este artigo apresenta um panorama geral do projeto atual do grupo, “A personalidade *borderline* e seu impacto nos processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica”. Os achados destacam relevância do estudo da personalidade do paciente e da sua história infantil para uma maior compreensão do sofrimento psicológico na vida adulta e também para o desenvolvimento da aliança terapêutica. No seguimento, o projeto irá explorar quais variáveis estão associadas ao abandono de tratamento, examinando o papel das disfunções da personalidade neste problema. Por outro lado, será examinado, de modo intensivo e sequencial, o processo de casos bem e malsucedidos com pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. Desse modo, o projeto deverá produzir evidências científicas sobre o impacto das características disfuncionais da personalidade na PP e contribuir para a prática clínica.

Palavras-chave: Personalidade; Apego; Vínculo; Aliança; Processo de mudança; Psicoterapia psicodinâmica.

Abstract

Although there is already evidence supporting a number of psychoanalytic concepts and the efficacy of psychoanalytic psychotherapy (PP), there is still little effort to integrate empirical research and clinical practice. The Laboratory of Studies in Psychotherapy and Psychopathology (LAEPSI) is a research group from the Graduate Program in Psychology of UNISINOS whose mission is to promote this integration in order to contribute to the diffusion of the scientific status of PP and to generate knowledge to increase its effectiveness and impact on the mental health of the population. This paper presents an overview of the group's current project, “Borderline personality and its impact on bond and change processes of psychoanalytic psychotherapy.” The

findings highlight the relevance of studying patient's personality and his / her infantile history for a greater understanding of the psychological suffering in adult life and also for the development of the therapeutic alliance. Further, the project will explore which variables are associated with treatment dropout, examining the role of personality dysfunctions in this problem. On the other hand, the process of successful and unsuccessful cases with patients with borderline personality disorder will be examined in an intensive and sequential manner. Thus, the project should produce scientific evidence on the impact of dysfunctional personality traits in PP and contribute to clinical practice.

Keywords: Personality; Attachment; Bond; Alliance; Change process; Psychodynamic psychotherapy.

Resumen

Aunque ya existen evidencias que sostienen diversos conceptos psicoanalíticos y la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica (PP), todavía existen pocos esfuerzos para integrar la investigación empírica y la práctica clínica. El Laboratorio de Estudios en Psicoterapia y Psicopatología (LAEPSI) es un grupo de investigación vinculado al Programa de Postgrado en Psicología de UNISINOS que tiene como misión promover esta integración con miras a contribuir a la difusión del status científico de la PP y, para generar conocimientos que amplíen su efectividad e impacto en la salud mental de la población. Este artículo presenta un panorama general sobre algunos de los resultados del proyecto actual del grupo, "La personalidad *borderline* y su impacto en los procesos de vinculación y cambio en psicoterapia psicoanalítica". Los hallazgos destacan relevancia del estudio de la personalidad del paciente y de su historia infantil para una mayor comprensión del sufrimiento psicológico en la vida adulta y también para el desarrollo de la alianza terapéutica. En continuación, el proyecto explorará qué variables están asociadas al abandono del tratamiento, examinando el papel de las disfunciones de la personalidad en este problema. Por otro lado, será examinado, de modo intensivo y secuencial, el proceso de casos bien y malsucedidos con pacientes con trastorno de personalidad *borderline*. De este modo, el proyecto deberá producir evidencias científicas sobre el impacto de las características disfuncionales de la personalidad en la PP y contribuir a la práctica clínica.

Palabras clave: Personalidad; Apego; Vínculo; Alianza; Proceso de cambio; Psicoterapia psicodinámica.

Introdução

É inegável que historicamente a pesquisa empírica psicanalítica tem sido amplamente ignorada por clínicos e acadêmicos. Sua contribuição para a compreensão do processo de mudança em psicoterapia também tem sido bastante negligenciada por pesquisadores de outras abordagens. Contudo, atualmente já existe considerável evidência sustentando conceitos psicanalíticos¹ e a eficácia de tratamentos de orientação psicanalítica^{1,2}. Constata-se, portanto, a necessidade de esforços continuados para promover a integração

entre pesquisa e prática clínica e para produzir conhecimentos que sustentem práticas baseadas em evidências científicas.

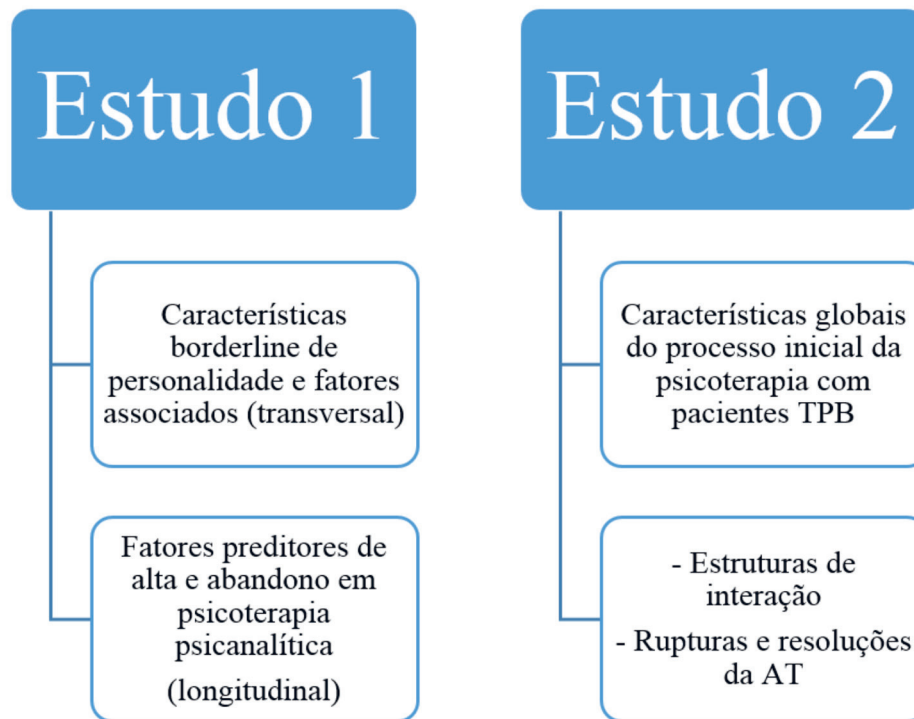
Entendemos que a pesquisa psicanalítica serve não apenas para informar a prática clínica, mas também para transformá-la e torná-la mais efetiva. De fato, a psicoterapia psicanalítica (PP) atualmente praticada já é, em grande medida, influenciada explícita ou implicitamente pela pesquisa³. Neste sentido, os estudos de processo-resultados e os estudos sistemáticos de caso são os que aportam mais contribuições, já que as questões que os orientam são mais próximas dos problemas que se colocam aos clínicos⁴. Por outro lado, investigações com foco nos resultados são extremamente relevantes para informar a comunidade em geral e os gestores em saúde mental⁵. Saber o que funciona, como funciona e para quem funciona constituem desafios igualmente importantes no campo de estudos empíricos em psicoterapia.

O Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI) é o grupo de pesquisa coordenado pela Prof^a. Fernanda Serralta no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG) da UNISINOS, RS, Brasil. O grupo, em atividade desde 2011, tem como missão promover a integração entre pesquisa e prática clínica com vistas a contribuir para a difusão do status científico da psicoterapia de orientação psicanalítica e para gerar conhecimentos que ampliem a sua efetividade e impacto na saúde mental da população. Atualmente o LAEPSI conta com 4 doutorandos, 5 mestrands, 4 bolsistas de iniciação científica e 4 doutores colaboradores. O grupo mantém parcerias com pesquisadores de outras instituições nacionais e internacionais, bem como com instituições de formação de psicoterapeutas de orientação psicanalítica do Rio Grande do Sul.

O atual projeto de pesquisa guarda-chuva do LAEPSI – “As disfunções da personalidade e seus efeitos no processo e resultado de Psicoterapia Psicanalítica” orienta-se em torno de algumas destas questões, tendo como alvo de interesse os pacientes com transtorno e/ou características de personalidade *borderline*. Trata-se de uma segunda etapa do projeto “A personalidade *borderline* e seu impacto nos processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica”, realizado com apoio financeiro do CNPq (Chamada MCTI/CNPQ/MEC/CAPES Nº 22/2014 – Processo 470470/2014-3).

O objetivo geral da 1ª etapa do projeto foi examinar, a partir da perspectiva da teoria das reações objetais e da teoria do apego, a interação entre as perturbações da personalidade (em especial, da personalidade *borderline*), as experiências da infância, as manifestações psicopatológicas da vida adulta e o processo de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica. Já na 2ª etapa, o foco consiste em examinar como as características disfuncionais da personalidade do paciente afetam o processo, a aliança terapêutica (AT) e o resultado da PP.

Em ambas as etapas, o projeto possui dois ramos: um grupal quantitativo e outro, com delineamento híbrido (quantitativo e qualitativo) com foco na avaliação intensiva e sequencial do processo terapêutico em casos individuais. A figura 1 apresenta o fluxograma das etapas e ramos do projeto.



O foco nas perturbações da personalidade e nas características *borderline* é decorrente da alta prevalência dos transtornos da personalidade na população geral, em torno de 9,1%⁶, da alta comorbidade entre transtornos de personalidade entre si e com transtornos do eixo I⁶, da alta prevalência dos transtornos do grupo B (histriônico, anti-social, narcisista e *borderline*) nos serviços de saúde mental ambulatoriais e de internação, dos riscos associados a esses transtornos⁷ e, principalmente, do desafio que pacientes *borderline* apresentam para clínica psicanalítica, haja vista que suas características centrais, como a impulsividade, a desregulação afetiva, as condutas hetero e auto-agressivas, entre outras, colocam com frequência o terapeuta frente à necessidade de introduzir modificações na técnica usual para conter angústias, evitar crises, minimizar danos e preservar o trabalho terapêutico⁸.

O presente artigo apresenta os pressupostos teóricos que norteiam o projeto mencionado, bem como apresenta e discute alguns dos seus resultados, especialmente aqueles decorrentes do estudo transversal que constitui a primeira etapa de um dos ramos do projeto. O objetivo, portanto, é fornecer um panorama geral sobre os achados já publicados em artigos e/ou eventos científicos e apresentar as perspectivas futuras do projeto.

A personalidade *borderline* e suas características

Dois modelos são geralmente utilizados para avaliar as patologias da personalidade: o categórico e o dimensional. A abordagem categórica, adotada tipicamente pelos manuais de classificação em psiquiatria, considera que os chamados transtornos da personalidade são entidades clínicas discretas, qualitativamente distintas entre si e da personalidade normal. Já o modelo dimensional, considera que a personalidade pode ser compreendida num *continuum* de disfuncionalidade. Este modelo é adotado pela psicanálise. Mais

recentemente, foi também incluído como modelo alternativo na 5ª e última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais⁶. Conforme esclarece este manual, a integração, a utilidade clínica e a relação entre as categorias diagnósticas e os vários aspectos das perturbações da personalidade estão atualmente sob intensa investigação.

Sob a ótica descritiva, os transtornos de personalidade (TP) são caracterizados por uma severa e complexa psicopatologia que afeta diferentes áreas do funcionamento do indivíduo, ocasionando intenso sofrimento psicológico⁴. Os TPs constituem desvios extremos ou significativos do modo como a maioria dos indivíduos de determinada cultura percebem, pensam, sentem e se relacionam com os demais⁶. Estes desvios se manifestam em padrões de comportamentos maladaptativos e inflexíveis nas situações sociais e interpessoais⁹.

Conforme o DSM-5⁶, o TPB tem início no começo da vida adulta e se manifesta como um padrão de instabilidade nos relacionamentos, na autoimagem e na expressão afetiva e acentuada impulsividade presente em vários contextos. Em decorrência da alta comorbidade entre transtornos de personalidade do eixo II, da frequência com que se diagnostica um transtorno de personalidade sem que se consiga especificar o tipo, bem como da necessidade de se aproximar da prática clínica usual (que tende a adotar um modelo dimensional da personalidade), o DSM-5 introduziu um modelo alternativo de classificação dos transtornos da personalidade que adota a perspectiva dimensional. Neste modelo, os transtornos da personalidade são caracterizados por prejuízos no funcionamento da personalidade (critério A) e por traços patológicos de personalidade (Critério B). O TPB se caracteriza por prejuízos moderados ou severos no funcionamento da personalidade, em duas ou mais áreas: 1 – identidade; 2 – auto-direção; 3 – empatia; 4 – intimidade. Os traços patológicos característicos do transtorno são sete, sendo necessários pelo menos quatro para o diagnóstico e que ao menos um seja impulsividade, tomada de risco ou hostilidade: labilidade emocional, ansiedade, insegurança de separação, depressividade, tomada de risco, e hostilidade⁶.

A etiologia desta condição clínica ainda não está clara, mas se conhece alguns fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno, tais como vulnerabilidade genética e constitucional, disfunções neurobiológicas e neuropsicológicas da regulação das emoções, histórias de maltrato, negligência e abuso na infância, e problemas no sistema familiar, principalmente com relação aos afetos¹⁰.

Estudos mostram que 2/3 dos pacientes *borderline* vem de famílias desfeitas por divórcios, abandonos ou mortes¹¹. Esta configuração pode favorecer a exposição a situações traumáticas, as quais são associadas com comportamentos destrutivos na idade adulta. A alta prevalência de histórias de abuso sexual na infância em pacientes com TPB levou muitos autores a estudar a relação do abuso com o desenvolvimento e a etiologia desta patologia¹².

Há estimativas de que abusos, tanto psicológicos e emocionais quanto sexuais ocorrem em 84% dos pacientes com TPB¹⁰ e de que mais de 90% dos pacientes com TPB relata algum tipo de abuso e/ou negligência na infância. No entanto, depois de décadas de pesquisa, o papel do abuso e da negligência na etiologia do TPB

ainda não está suficientemente claro, pois cada resultado de pesquisa pressupõe um tipo de relação entre o TPB e estas experiências na infância¹³.

A clínica psicanalítica da personalidade *borderline*

A definição de estratégias de tratamento para pacientes *borderline* depende da compreensão adotada desta patologia da personalidade. Considerando a abordagem psicodinâmica, a etiologia é compreendida a partir de dois pontos de vista inicialmente antagônicos, mas que progressivamente passaram a ser considerados complementares: de um lado, considera-se que a gênese desta condição clínica está ligada a fatores de natureza conflitual e intrapsíquica; de outro, acentua-se o aspecto deficitário e interpessoal, isto é, o fracasso precoce do ambiente em prover um desenvolvimento sadio da personalidade. A primeira visão sustenta, em termos técnicos, uma psicoterapia mais expressiva, enquanto que a segunda, uma abordagem mais de apoio. A tendência atual é balancear essas perspectivas, especialmente porque se sabe que pacientes *borderline* não são uma população homogênea, que a etiologia dos transtornos de personalidade é multifatorial e que tratamentos efetivos se desenvolvem num *continuum* apoio-*insight* e não num único polo desse espectro¹⁴.

Na atualidade, os modelos teóricos psicodinâmicos relacionais, como da teoria do apego e das relações objetais, são amplamente utilizados para compreender o TPB. A teoria do apego de Bowlby afirma que o relacionamento com as figuras primárias durante os estágios iniciais do desenvolvimento irá influenciar as expectativas das pessoas em seus relacionamentos significativos posteriores, influenciando deste modo as respostas comportamentais e afetivas na situação interpessoal. A teoria das relações objetais relaciona o desenvolvimento do *self* com a influência do ambiente nos primeiros anos de vida e a internalização dessas experiências. Ambas as teorias focalizam as representações de *self*, de outros e de relacionamentos, enfatizam o papel das experiências relacionais precoces e consideram como o sujeito usa ou não o apoio social. Por outro lado, distinguem-se em alguns pontos: por exemplo, a teoria das relações objetais coloca maior ênfase no papel e influência do mundo interno (mundo de fantasia oriundo da internalização das experiências) e nas representações globais de *self* e outros, enquanto que a teoria do apego dá maior ênfase à realidade externa e focaliza mais as experiências nos relacionamentos¹⁵.

Os dois principais expoentes da psicoterapia psicanalítica com pacientes com transtornos de personalidade graves são Otto Kernberg e Peter Fonagy. Esses autores representam, respectivamente, a aplicação da teoria das relações objetais e da teoria do apego para a compreensão das perturbações da personalidade e para o manejo técnico em psicoterapia.

A abordagem de Kernberg articula elementos da psicologia do ego norte-americana e da escola britânica de psicanálise das relações objetais para descrever uma teoria da mente. Nesta perspectiva, entende-se que os conflitos psicológicos se organizam em torno de motivações conflitantes cuja expressão direta é dolorosa e ameaçadora para o indivíduo. A má integração das motivações agressivas está associada a afetos intensos, mal modulados, superficiais e extremos, e encontra-se na gênese dos transtornos de personalidade⁸.

Kernberg^{16,17} diferencia três níveis de organização da personalidade (neurótico, *borderline*, e psicótico), a partir da sua posição em relação a três dimensões: 1) Teste de realidade—capacidade de diferenciar o eu do não eu, as percepções e estímulos externos dos internos, e de avaliar os afetos, comportamentos e pensamentos em relação às normas sociais comuns, ou seja, de manter a empatia; 2) Difusão de identidade – falta de integração do *self* e dos outros significativos; 3) Nível de organização defensiva – predomínio de defesas imaturas, primitivas, como a cisão, por exemplo. Conforme esse modelo, o neurótico mantém o teste de realidade intacto, não apresenta difusão de identidade (a identidade é integrada) e utiliza predominantemente defesas maduras; o *borderline* mantém o teste de realidade predominantemente intacto, apresenta difusão de identidade e predomínio de defesas primitivas; o psicótico apresenta prejuízos nas três dimensões.

A partir desta diferenciação, são características proeminentes da organização *borderline*: 1) falta de integração do *self* e dos outros significativos, manifesta através de um sentimento de vazio crônico, percepções de si mesmo e do outro contraditórias e empobrecidas e incapacidade mostrar-se, o que dificulta a experiência empática e a relação com o terapeuta; 2) capacidade de teste de realidade; 3) fragilidade egóica, manifesta na falta de controle dos impulsos, na falta de tolerância à ansiedade e na impossibilidade de sublimar; 4) patologias do superego que podem ser observadas nos sistemas de valores imaturos, exigências morais contraditórias e características antissociais; 5) relações objetais caóticas, consequência direta da difusão da identidade; 6- nível primitivo de organização defensiva, com predomínio do mecanismo de cisão^{16,17}.

A abordagem de Peter Fonagy e colaboradores tem base na teoria do apego e sustenta que a personalidade *borderline* tem em seu cerne uma capacidade de mentalização instável. Esta capacidade consiste na atividade imaginativa pré-consciente de perceber e interpretar o comportamento humano em termos dos estados intencionais, como desejos, sentimentos e razões, por exemplo¹⁸. A capacidade de mentalização é fruto do desenvolvimento do indivíduo e depende da qualidade dos relacionamentos interpessoais estabelecidos, em especial, da relação afetiva da criança com seus cuidadores^{18,19}. A mentalização permite a representação simbólica de estados mentais e possui papel importante na regulação de afetos. Quando a mentalização está prejudicada, como ocorre nos casos de personalidade *borderline*, a capacidade de consciência de si mesmo e autorregulação também estão. Os efeitos desse prejuízo ocorrem, especialmente, no contexto das relações mais íntimas e que envolvem ativação emocional mais intensa²⁰. A capacidade de mentalização foi operacionalizada inicialmente através da Escala de Função Reflexiva, aplicável a entrevistas contendo narrativas interpessoais, incluindo avaliação da consciência de estados mentais de si e de outros¹⁹. No entanto, dimensões desta capacidade podem ser avaliadas através de outras medidas, como de empatia e de reatividade interpessoal²¹.

A capacidade de mentalização se desenvolve a partir das experiências interpessoais primárias. O padrão de apego e a capacidade de mentalização estão, portanto, associados. Favorecem a capacidade de mentalização, a exposição à comunicação verbal e a um discurso familiar coerente, as experiências de diversão e brincar (associados ao apego seguro). Por outro lado, prejudicam essa capacidade os maus-tratos, especialmente quando provenientes da própria família (desorganizadores do apego). Muitas das dificuldades dos pacientes *borderline* advêm do prejuízo que estes apresentam na capacidade de compreender seus estados mentais e

os estados mentais dos outros. Essa incapacidade pode ser entendida como uma reação defensiva frente à situação traumática (abuso, negligência, maus tratos). Essa reação drástica é mais provável nas pessoas em que a regulação do afeto já havia sido enfraquecida. Esse enfraquecimento pode estar ligado às experiências de negligência precoce, a fatores constitucionais, ou a ambos²².

Estudos mostram a associação entre características *borderline* de personalidade e prejuízos na mentalização^{19,23}. Em tarefas experimentais realizadas no computador que medem a resposta frente a figuras que suscitam emoções negativas e positivas, pacientes *borderline*, em comparação com controles normais e compacentes com transtorno de evitativo de personalidade, apresentaram maior dificuldade em identificar suas próprias emoções (alexítima) e em colocar-se na perspectiva dos outros (empatia), além de maior ansiedade²⁴.

Duas modalidades de psicoterapia psicodinâmica foram consideradas baseadas em evidências para os transtornos de personalidade *borderline*, ou seja, com resultados consistentes avaliados por meio de ensaios clínicos randomizados: a terapia baseada na mentalização e a psicoterapia focada na transferência. A primeira é sustentada na teoria do apego (perspectiva de Fonagy) e a segunda, na teoria das relações objetais (perspectiva de Kernberg)²⁵.

A terapia baseada na mentalização utiliza um amplo leque de intervenções para restaurar a capacidade de mentalização, quando diminuída ou ausente. Estas incluem validação empática, apoio e clarificações, no início do tratamento, e, numa etapa mais avançada, intervenções que visam ativar o sistema de apego, como a mentalização da transferência¹⁸. Já a psicoterapia focada na transferência tem como foco a integração das partes cindidas das representações de self e de objetos, por meio da interpretação sistemática das distorções manifestadas na transferência²⁶. Ambas as terapias são bastante estruturadas (em comparação com as terapias psicodinâmicas usuais) e compartilham com outras modalidades de intervenção com suporte empírico para o tratamento de pacientes com TPB diversas características, como por exemplo, a atenção à experiência emocional do paciente, manejo cuidadoso da relação e aliança terapêutica, amplo uso de intervenções exploratórias e o *setting* estruturado²⁷.

O prognóstico desse grupo de pacientes é variável e depende, em grande medida, do nível de integração da personalidade. Pacientes *borderline* com funcionamento em nível mais baixo (mais regressivos) apresentam maiores índices de abandono, têm maiores dificuldades de autorreflexão e de manter a aliança terapêutica em comparação com aqueles com funcionamento em nível mais alto (menos regressivos, com patologia de identidade menos grave)⁸. Esse é um dado extremamente relevante, haja vista que décadas de pesquisa levaram à constatação de que o desenvolvimento e manutenção da AT (em especial, a AT inicial) é crucial para a adesão e resultados do tratamento²⁸.

Um dos desafios técnicos enfrentados por psicoterapeutas que atendem pacientes *borderline* é o manejo da contratransferência, uma vez que a interação com estes pacientes costuma provocar emoções intensas, caóticas e dolorosas^{14,29}. As intensas manifestações agressivas exigem que o terapeuta contenha, tolere e compreenda essas reações, ao invés de reagir a elas²⁹. Isso pode ser particularmente difícil com pacientes

comfuncionamento mais regressivo, cujas transferências costumam ser rápidas, caóticas, carregadas de afetos, irrealistas e altamente polarizadas⁸. Algumas das reações emocionais comuns de terapeutas que atendem pacientes *borderline* são: culpa por odiar o paciente, fantasia de salvar a “vítima”, raiva e ressentimento devido à manipulação, impotência ao fracasso, ansiedade e medo de que o paciente se suicide¹⁴.

Com base na literatura, constata-se que as perturbações da personalidade, em especial, as perturbações do espectro *borderline*, constituem um enorme desafio para a prática clínica em geral e para a clínica psicanalítica em particular. Entendemos ser necessário conjugar a pesquisa empírica e métodos clínicos para enfrentar esse desafio e desenvolver conhecimentos que possam instrumentalizar profissionais e psicoterapeutas a melhor compreender e tratar esses pacientes, ou seja, para aumentar a efetividade das ações terapêuticas. É neste contexto que delineamos o projeto aqui relatado.

Considerações metodológicas

Estudos de processos e de resultados baseiam-se em pressupostos metodológicos distintos para responder a questões também diferentes, mas igualmente relevantes e complementares para o avanço da prática clínica baseada em evidências: a psicoterapia funciona? Para quem? (resultado); como a psicoterapia funciona? (processo). O projeto contempla ambas as questões, tendo como elemento articulador as disfunções *borderline* de personalidade que, conforme a literatura, apresentam características clínicas que afetam o relacionamento terapêutico, em especial, o desenvolvimento e manutenção da AT, o que, por sua vez, pode levar ao abandono do processo terapêutico.

Em ambas as etapas do projeto, foram delineados dois estudos independentes e complementares. No 1º estudo, a primeira etapa teve delineamento transversal e visou avaliar as características *borderline* de personalidade em pacientes atendidos em psicoterapia psicanalítica e fatores associados (incluindo variáveis do paciente, do terapeuta e do processo terapêutico). Entre abril de 2015 e setembro de 2016 foram coletados dados de 203 pacientes em psicoterapia psicanalítica e de 53 terapeutas. Estes formaram 183 duplas paciente-terapeuta, já que houveram formulários respondidos somente por um membro do par terapêutico, o que totalizou 266 formulários respondidos. A coleta ocorreu entre a 4ª e a 5ª sessão de tratamento. Na segunda etapa (longitudinal, atualmente em andamento), se busca examinar a contribuição das disfunções da personalidade e da AT inicial sobre o resultado (alta ou abandono), considerando um período de 36 meses após a coleta inicial.

O outro ramo do projeto é um “estudo de processo” cujo foco é a compreensão dos eventos e fenômenos que se desdobram ao longo de uma psicoterapia³⁰. O modelo escolhido foi de “estudo de caso sistemático” ou ECS³¹. Esse tipo de estudo se caracteriza por ser ideográfico, longitudinal e intensivo, representando uma extensão da prática clínica, mas que se distingue desta por apresentar diversos mecanismos para aprimorar o rigor metodológico e controlar os vieses do estudo (em comparação aos estudos de casos tradicionais). Entre esses mecanismos estão: a coleta de dados cuidadosa e sistemática (gravação em vídeo), a aplicação de

medidas repetidas de autorrelato para avaliação do progresso/resultado e a utilização de juízes independentes para a avaliação do processo³¹.

Para este ramo do estudo, foram selecionados três casos de psicoterapia psicanalítica/psicodinâmica com pacientes com TPB, sendo dois casos de abandono na etapa inicial de tratamento e um caso com boa adesão e que está em psicoterapia há vários anos. Todas as sessões foram gravadas em vídeo (no caso em andamento, as gravações estão ainda sendo realizadas) e são codificadas por duplas de juízes independentes com as medidas de processo (vide Tabela 1), além da aplicação regular de medidas de auto relato para avaliar a aliança, os sintomas e a contratransferência. Com o estudo, busca-se identificar se há características comuns no processo terapêutico destes pacientes, bem como verificar eventuais diferenças no processo dos casos de abandono em comparação com o caso de boa adesão. Na segunda etapa do estudo, o foco recai sobre a análise das rupturas e resoluções da AT. É um estudo exploratório, orientado para a descoberta, que visa compreender de que modo as características do paciente podem impactar o relacionamento terapêutico, a adesão e a mudança em psicoterapia. O estudo está em andamento e há atualmente somente dados preliminares levantados.

A Tabela 1 apresenta de modo resumido os instrumentos utilizados nos dois ramos do projeto.

Tabela 1. Instrumentos utilizados no Estudo 1 e 2

Estudo 1 – etapas transversal e longitudinal	
Instrumento	Dimensões
O Inventário de Organização da Personalidade (IPO) * ^{32, 199533}	Instabilidade do Self e Outros (ISO); Instabilidade no comportamento (IC); Instabilidade nos objetivos (IO) Psicose (PSI); Agressividade Autodirigida (AA); Distorção de Valores Morais (DVM); Agressividade Sádica (AS); disfunção global da personalidade (DGP).
Instrumento sobre o vínculo parental/ <i>Parental Bonding Instrument</i>(PBI) ^{34,35}	Afeto (pai e mãe); Controle ou Proteção (pai e mãe)
Questionário sobre traumas na infância (QUESI)/ <i>Childhood trauma questionnaire</i> ^{36,37}	Abuso Emocional (AE); Abuso Físico (AF); Abuso Sexual (AS); Negligência emocional (NE); Negligência Física (NF)
Inventário breve de Sintomas psiquiátricos/<i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) * ³⁸ . A versão brasileira foi desenvolvida pelo LAEPSI a partir da versão validada em Portugal ³⁹	Índice de Severidade Global (GSI); Ansiedade (ANS); Somatização (SOM); Psicoticismo (PSIC); Paranoia (PAR); Obsessão-compulsão (OC); Hostilidade (HOST); Ansiedade-Fóbica (ANSF); Depressão (DEP); Sensibilidade Interpessoal (SI).
<i>Defensive Style Questionnaire</i> (DSQ-40) * ^{40, 41}	Estilo Maduro; Estilo Imaturo; Estilo Neurótico
Inventário de Aliança de Trabalho/<i>Working Alliance Inventory</i> (WAI) * ⁴² A versão em português do Brasil foi desenvolvida no LAEPSI	Vínculo (V); Objetivo (O); Tarefas (T); Aliança Total (AT).

Estudo 2 – Estudos de processos (casos múltiplos)	
Instrumento	Descrição
Escala para avaliação da contratransferência (EACT)*⁴³	Sentimentos de Proximidade; Sentimentos de Distância; Sentimentos de Indiferença.
Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal(EMRI)*^{44,45}	Angústia Pessoal (AP); Consideração Empática (CE); Tomada de Perspectiva (TP); Fantasia (FS).
Avaliação do progresso terapêutico/ Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)^{46,47}	Escala de autorelato com as dimensões: Desconforto Subjetivo; Relacionamentos Interpessoais; Desempenho do Papel Social
Psychotherapy Process Q-Set(PQS)^{48,49}	Sistema observacional do tipo <i>Q-sort</i> para avaliar o processo terapêutico, incluindo variáveis (n=100) do paciente, do terapeuta e da interação entre eles.
Ruptures Resolution Rating System(3RS)⁵⁰ A versão em português do Brasil foi desenvolvida pelo LAEPSI.	Sistema observacional que possibilita identificar rupturas e resoluções da AT em sessões de psicoterapia.

Nota: * instrumentos também utilizados no Estudo 2

Resultados e Discussão

Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Participaram da etapa transversal do Estudo 1, 203 pacientes e seus respectivos terapeutas (n=53). Os terapeutas tinham média de idade de 33,88 anos (DP=10,50); e 78,8% eram mulheres. A distribuição por sexo e idade dos pacientes é similar à dos terapeutas: idade média de 32 anos (DP=12,87); 68,97% eram mulheres. Quanto à escolaridade dos pacientes, 7,8% tinham ensino fundamental, 53,9% ensino médio ou técnico, 30% tinham ensino superior, 5,8% tinham pós-graduação e 2,8% não responderam essa informação.

Conforme pontuações obtidas no BSI, os pacientes apresentaram, principalmente, sintomas obsessivos-compulsivos, depressivos e sensibilidade interpessoal. O índice de severidade global dos sintomas foi de 1,11 (DP = 0,69).

As características disfuncionais de personalidade mais proeminentes, segundo o IPO, foram instabilidade self-outro (M = 2,35; DP = 0,76) e instabilidade nos objetivos (M = 2,23; DP = 1,06), resultado semelhante, porém com escores um pouco mais baixos do que os relatados por Oliveira⁵¹ em uma amostra clínica. De modo geral, predominam defesas do tipo maduro (M = 4,91; DP = 1,23) e neurótico (M = 4,24; DP = 1,27) sobre as defesas imaturas (M = 3,65; DP = 1,13), conforme avaliação com o DSQ-40. Trata-se, portanto, de um grupo com características clínicas apenas moderadamente disfuncionais. Na amostra, homens e mulheres não diferiram em termos de sintomas apresentados, características de personalidade e estilos de defesas.

Experiências infantis, disfunções da personalidade e psicopatologia do adulto

Entendendo as disfunções da personalidade numa perspectiva dimensional, nos interessava verificar se a presença (em maior ou menor grau) de traços patológicos centrais à organização *borderline* de personalidade poderiam estar relacionados à história pregressa dos pacientes, em especial às experiências de cuidado e controle parental e à exposição a situações traumáticas.

Sabe-se que experiências traumáticas precoces estão relacionadas ao desenvolvimento de diversos transtornos mentais e da personalidade na vida adulta⁵². Traços *borderline* de personalidade têm sido consistentemente relacionados com abuso sexual⁵² e abuso emocional na infância⁵³. Em consonância com essas assertivas, na amostra avaliada, constatamos⁵⁴ que o abuso emocional e o abuso sexual, assim como o total de traumas, estão relacionados de forma positiva e significativa com a disfunção global da personalidade e todos os traços patológicos avaliados pelo IPO. Análises de regressão múltipla evidenciaram que experiências de abuso emocional, sexual e físico, em conjunto, explicam 18,3% da variância na disfunção global da personalidade. Porém, destaca-se o abuso sexual é o preditor mais consistente, explicando sozinho 16,5% da variância.

Em estudo subsequente ainda não publicado, Serralta, Sanchez e Oliveira compararam, por meio de regressões hierárquicas, a contribuição dos fatores do CTQ (traumas) e do PBI (vinculação parental) na predição do nível de disfunção da personalidade (GDP do IPO). Foi constatado que a variável com maior poder preditivo para a variação na patologia da personalidade foi o controle da mãe.

Waikamp e Serralta⁵⁵ examinaram também as repercussões das experiências traumáticas nos sintomas destes pacientes. Os resultados apontam que a maioria dos pacientes foram expostos a experiências traumáticas na infância, sendo os mais frequentes abuso emocional e negligência emocional. O abuso sexual foi relatado por quase metade da amostra (46%). Não foram encontradas associações entre sexo, idade e ocorrência de traumas na infância. Por outro lado, a idade mostrou relação inversa com severidade dos sintomas. O índice total de traumas apresentou correlações positivas e significativas com todas as dimensões de trauma e também com o IGS. Por meio de análise de regressão linear múltipla (método *Backward*) observou-se que em conjunto trauma e idade explicam em 13% a variância da severidade global dos sintomas.

Em conjunto, esses resultados destacam a importância das experiências infantis no desenvolvimento ulterior da personalidade e psicopatologia na vida adulta. Neste sentido, a forma de vinculação da criança com a mãe e as experiências traumáticas precoces são especialmente relevantes. Os achados, portanto, vão ao encontro da literatura psicanalítica pós-freudiana que destaca a importância do ambiente primário para o desenvolvimento psicológico^{22,56} e de estudos empíricos sobre a associação entre traumas na infância e sintomas psicopatológicos no adulto^{52,57,58}. A frequência de ocorrência relatada de traumas na amostra é surpreendentemente alta, apontando para a necessidade de terapeutas atentarem para o papel deste fator adverso da vida pregressa de seus pacientes nos sintomas atuais por eles apresentados.

Em outro estudo realizado com a mesma amostra de pacientes em psicoterapia, encontramos⁵⁹,

conforme esperado, que todos os traços patológicos de personalidade avaliados pelas subescalas do IPO tiveram associação significativa positiva com os sintomas avaliados através do BSI, mostrando que há uma estreita conexão entre as disfunções da personalidade e sintomatologia. Dos cruzamentos realizados, a correlação mais alta encontrada ($r=0,712$, $p<0,01$) foi entre o índice global de severidade de sintomas (IGS) e a instabilidade nas representações de *self* e outros (ISO). Esse é um dado significativo, haja vista que esta última é uma característica central da organização *borderline* de personalidade. A alta correlação encontrada revela que, na amostra estudada, os pacientes mais instáveis em termos de senso de *self* e objetos eram os que apresentavam maior sofrimento derivado de seus sintomas. Considerando esse achado, bem como os achados referentes às associações entre trauma e disfunção da personalidade⁵⁴; e entre trauma e sintomatologia⁵⁵, é recomendável que diante de pacientes com mais sofrimento derivado de sintomas, os terapeutas atentem particularmente para a história de apego e a presença de situações adversas na vida pregressa desses pacientes, inclusive abuso sexual. Os traços indicativos de difusão de identidade, em particular, a má integração entre as representações de si mesmo e dos objetos também não deve ser negligenciada, pois a difusão de identidade afeta os relacionamentos, incluindo o relacionamento terapêutico⁸.

Fatores associados à aliança terapêutica inicial

A AT é um fator comum às diversas abordagens de psicoterapia e constitui a base do trabalho terapêutico. Assim, o desenvolvimento de uma AT inicial “suficientemente boa” é fundamental para que o paciente se engaje no processo terapêutico e venha a obter resultados terapêuticos satisfatórios²⁸. Por esses motivos, no projeto buscamos identificar quais fatores do paciente e também do terapeuta estavam associados a AT inicial.

Em um destes estudos, realizado com uma sub-amostra de 57 pacientes, examinamos⁶⁰ as associações entre a AT inicial (na perspectiva do paciente), a vinculação parental, e os sintomas. Os resultados evidenciaram a associação entre estilo parental e AT, sendo constatadas diferenças significativas na AT de pacientes com “cuidado ótimo” e “controle sem afeto” da mãe, estes últimos com pontuações mais baixas. Em particular, ressalta-se que a vinculação com mães superprotetoras e pouco afetivas, variável associada a pouca autonomia na vida adulta, pode explicar a maior dificuldade de alguns pacientes em estabelecer uma relação colaborativa com seus terapeutas e, em especial, em estabelecer metas terapêuticas comuns no início do tratamento. No estudo, não foram encontradas associações entre AT e sintomas.

Em outro estudo, buscamos⁶¹ analisar diversas variáveis do paciente (sociodemográficas, intrapsíquicas, clínicas e históricas) em relação à AT inicial em uma amostra de 135 pacientes, a fim de identificar potenciais preditores. Não foram encontradas associações significativas entre AT e variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e escolaridade). Foram encontradas associações fracas e significativas da AT com defesas maduras (relação positiva) e imaturas (relação negativa), disfunção global da personalidade (relação negativa), índice de severidade global dos sintomas geral de sintomas (relação negativa). Por meio de regressão linear múltipla (método Forward), foi constatado que a AT inicial é melhor explicada pela combinação de menos defesas

imaturas e mais defesas imaturas. Embora o poder explicativo das variáveis não seja alta (pouco abaixo de 10%), como já foi apontado por outros⁶², não é fácil prever a AT de variáveis pré tratamento, pois as associações comumente encontradas são fracas. Isso não significa que não sejam importantes do ponto de vista clínico. AT é uma variável diádica. Assim, muito provavelmente como o terapeuta responde aos níveis de funcionamento do paciente seja mais relevante para o desenvolvimento da AT do que o nível de funcionamento sozinho⁶³. Não obstante, o uso de defesas mais imaturas e menos maduras deve servir de alerta para terapeutas, indicando a necessidade de um trabalho mais atento no sentido de promover o vínculo colaborativo e de trabalho.

Considerações finais

Neste artigo apresentamos as linhas gerais da atual proposta de pesquisa do LAEPSI e resumimos alguns dos resultados obtidos na primeira etapa de um dos ramos do projeto guarda-chuva. Como já mencionado o projeto está em andamento e diversos estudos, ainda da primeira etapa, estão sendo ainda realizados, como por exemplo, os estudos sobre empatia e sobre contratransferência. Com base nos achados relatados resumidamente neste artigo, destaca-se a relevância do estudo das variáveis da personalidade do paciente e da sua história infantil não só para uma maior compreensão do sofrimento psicológico na vida adulta, mas também para o processo terapêutico, em especial para a AT.

Os pacientes avaliados em início de tratamento foram acompanhados por pelo menos 36 meses e atualmente dispomos dos dados sobre o desfecho da psicoterapia. Desse modo, a perspectiva futura deste ramo do projeto é obter informações sobre quais variáveis estão associadas ao abandono de tratamento e examinar o papel da disfunção da personalidade neste problema.

O outro ramo do projeto visa o estudo intensivo e sequencial do processo terapêutico na PP com pacientes TPB. Diversos estudos estão sendo realizados, tais como a análise da comunicação terapêutica e das rupturas e resoluções da AT em um caso de abandono, os indicadores de mudança estrutural ao longo de cinco anos de um tratamento com boa adesão, e os padrões (estruturas) de interação em múltiplos casos. Estudar intensivamente o processo de casos bem e malsucedidos de PP com pacientes com TPB e outras disfunções graves da personalidade deverá fornecer (em conjunto com os derivados dos estudos correlacionais e explicativos realizados com um grupo mais heterogêneo de pacientes em PP) conhecimentos sobre como funciona a psicoterapia e produzir evidências científicas a partir da prática clínica.

Referências

1. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *Am Psychol.* 2010;65(2):98-109.
2. Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry.* 2017;174(10):943-53.

3. Levy RA, Ablon JS. Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice; 2009.
4. Serralta F, Nunes M, Eizirik C. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estud Psicol (Campinas)*. 2011;28(4):501-10.
5. DeFife J, Drill R, Beinashowitz J, Ballantyne L, Plant D, Smith-Hansen L, et al. Practice-based psychotherapy research in a public health setting: Obstacles and opportunities. *J Psychother Integr*. 2015;25(4):299-312.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(5):327-38.
8. Caligor E, Clarkin JF. Um modelo de personalidade e patologia da personalidade baseado na teoria das relações objetais. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, Organizadores. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade Um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed.; 2013. p. 21-54.
9. Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother*. 2014;4(1):1.
10. National Collaborating Centre for Mental Health – NCCCMH. Borderline Personality disorder: The NICE guideline on treatment and management. 2009;
11. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*. 1989;30(1):18-25.
12. Ferraz L, Portella MJ, Váñez M, Gutiérrez F, Martín-Blanco A, Martín-Santos R, et al. Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res*. 2013;210(3):980-5.
13. Hernandez A, Arntz A, Gaviria AM, Labad A, Gutiérrez-Zotes JA. Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and Borderline personality disorder criteria. *J Pers Disord*. 2012;26(5):727-36.
14. Schestatsky SS. Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. Eizirik CL, Aguiar RW de, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação psicanalítica Fundamentos teóricos e clínicos*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2015. p. 614-31.
15. Ortigo KM, Westen D, DeFife JA, Bradley B. Attachment, Social Cognition, and Posttraumatic Stress Symptoms in a Traumatized, Urban Population: Evidence for the Mediating Role of Object Relations. *J Trauma Stress*. 2013;26(1):361-8.
16. Kernberg OF. Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 1984.
17. Kernberg OF, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. Lenzenweger MF, Clarkin JF, editores. *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press; 1996. p. 106-40.
18. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010;9(1):11-5.

19. Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta ND, Tmej A, Buchheim A, Rentrop M, et al. The Relationship Between Personality Organization, Reflective Functioning, and Psychiatric Classification in Borderline Personality Disorder. *Psychoanal Psychol.* 2010;27(4):395-409.
20. Fonagy PG, Jurist G, Target EM. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. 2002;203-51.
21. Newbury-Helps J. Are difficulties in mentalizing associated with severity of Antisocial Personality Disorder? (Tese de Doutorado). Londres: University College London; 2011.
22. Fonagy P, Luyten P, Bateman A, Gergely G, Strrratheam L, Allison E. Apego e patologia da personalidade. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, Organizadores. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade Um manual clínico.* 2013. p. 54-104.
23. Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J, Fonagy P. Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits. 2011;50(6):563-74.
24. New AS, Rot M aan het, Ripoll LH, Perez-Rodriguez MM, Lazarus S, Zipursky E, et al. Empathy and Alexithymia in Borderline Personality Disorder: Clinical and Laboratory Measures. *J Pers Disord.* 2012 Oct;26(5):660-75.
25. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. *Psicoterapia Psicodinâmica Para Transtornos da Personalidade – Um Manual Clínico.* Artmed. 2013.
26. Yeomans FE, Levy KN, Caligor E. Transference-Focused Psychotherapy. 2013;50(3):449-53.
27. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltsberger JT. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(1):60-8.
28. Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO. The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy.* Advance online publication.2018.
29. Romaro RA. O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. *Rev Mudanças.* 2002;10(1):62-71.
30. Wallerstein RS. Pesquisa sobre resultados. Pearson E, Cooper AM, Gabbard GO Organizadores. *Compêndio de Psicanálise.* Porto Alegre: Artmed Editora: Porto Alegre; 2007. p. 305-19.
31. Edwards DJA. Collaborative Versus Adversarial Stances in Scientific Discourse: Implications for the Role of Systematic Case Studies in the Development of Evidence-Based Practice in Psychotherapy. *Pragmat Case Stud Psychother.*2007;3:6-34.
32. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess.* 2001;13(4):577-91.
33. Oliveira SES, Bandeira DR. Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *J Depress Anxiety.* 2011; 1 (1):1-7.
34. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *Br J Med Psychol.* 1979;52(1):1-10.
35. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul.* 2006;28(2):162-8.

36. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(3):340-8.
37. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):249-55.
38. Derogatis LR. BSI Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual. *Natl Comput Syst*. 1993;4.
39. Canavarro MCS. Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI. Simões MR, Gonçalves MM, Almeida LS, organizadores. Testes e provas psicológicas em Portugal. Braga: APPORT/SHO; 1999. p. 95-109.
40. Andrews G, Singh MBM. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Disord*. 1993;4(181):246-56.
41. Blaya C. Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil; 2005.
42. Horvath A, Greenberg L. Development and validation of the working alliance inventory. *J Couns Psychol*. 1989;36(2):223-33.
43. Eizirik CL. Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre (Tese de Doutorado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997.
44. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113-26.
45. Sampaio LR, Guimarães PRB, Camino CP dos S, Formiga NS, Menezes IG. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico*. 2011;42(1):67-76.
46. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC YS. The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clin Psychol Psychother*. 1996;3(4):249-58.
47. Carvalho L de F, Rocha GMA da. Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*. 2009;14(3):309-16.
48. Jones EE. *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. 2000.
49. Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2007;29(1):44-55.
50. Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. *ResearchGate*. 2015;(January):1-16.
51. Oliveira SES. Avaliação estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudo Psicométricos e de Aplicação Clínica.(Tese de Doutorado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
52. Waxman R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personal Ment Health*. 2014;8:30-41.

53. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abus Negl.* 2015;39:147-55.
54. Lima C, Ferraro VS, Waikamp V, Serralta FB. Experiências traumáticas na infância e seu efeito na organização da personalidade. In: XII Congresso Latino-Americano de Pesquisa em Psicoterapia SPR-LA e IV Simpósio do PPG Psicologia – Unisinos. Porto Alegre: Livro de resumos; 2016. p. 85.
55. Waikamp V, Barcellos Serralta F. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas.* 2018;12(1):137.
56. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 5th ed. São Paulo, Brasil. Fontes M, editor; 2012.
57. Roustit C, Renahy E, Guernec G, Lesieur S, Parizot I, Chauvin P. Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: Advocacy for early prevention. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(7):563-8.
58. Isvoranu AM, Van Borkulo CD, Boyette L Lou, Wigman JTW, Vinkers CH, Borsboom D, et al. A network approach to psychosis: Pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophr Bull.* 2017;43(1):187-96.
59. Fração L, Bittencourt AA, Ferraro VS, Waikamp V, Serralta FB. Associations between patient personality and symptomatology and countertransference in psychodynamic psychotherapy. In: 47th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Israel: Book of abstracts; 2016. p. 148-148.
60. Lima C, Serralta F. Aliança terapêutica, vinculação parental e sintomatologia de pacientes adultos que iniciam psicoterapia. *Estud e Pesqui em Psicol.* No prelo.
61. Serralta FB, Lima CP, Weydmann G, Cruz DA. Quality of early working alliance in psychodynamic psychotherapy: patient's past relationships and intrapsychic variables as predictors. In: 49th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. 2016 June 22-25; Jerusalem, Israel; 2016.
62. Hersoug AG, Monzen JT, Havik OE, Hoglend P. Quality of early working alliance in psychotherapy : diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychother Psychosom.* 2002;71(1):18-27.
63. Despland JN, de Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J Psychother Pract Res.* 2001;10(3):155-

Contribuições: Todos os autores são integrantes do grupo de pesquisa e participaram das análises de dados e da escrita do manuscrito.

Correspondência

Fernanda Barcellos Serralta

Rua Alfredo Schuett, 927

91330-120 Porto Alegre, RS, Brasil

Telefone: (51) 99553-6303

e-mail: fernandaserrata@gmail.com / fserralta@unisin.br

Submetido em: 08/10/2018

Aceito em: 04/12/2018