

## FATORES DO PSICOTERAPEUTA E DO PACIENTE NA CONSTRUÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Demétrius Paiva Nunes<sup>1</sup>

Amanda Martins Di Domenico<sup>2</sup>

Aline Groff Vivian<sup>3</sup>

Fernanda Pasquoto de Souza<sup>4</sup>

**Resumo:** A aliança terapêutica (AT) é a relação estabelecida durante o tratamento psicoterápico entre a dupla terapeuta-paciente. A construção da AT é influenciada pelos fatores do psicoterapeuta e do paciente e elementos do próprio enquadre, e está associada à efetividade do tratamento. Objetivou-se investigar os elementos que constituem a AT, dentre os quais se destacam os fatores do psicoterapeuta e do paciente que influenciam na construção da AT. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Participaram 18 pessoas, com idades entre 18 e 57 anos, sendo 9 pacientes e 9 terapeutas. Foi realizada entrevista semiestruturada, submetida à análise qualitativa de conteúdo. Os resultados foram discutidos à luz da literatura por meio de três categorias: fatores do psicoterapeuta na construção da aliança terapêutica, fatores do paciente na construção da aliança terapêutica e impacto da aliança terapêutica nas psicoterapias de orientação analítica e cognitivo-comportamental, destacando a participação da dupla na construção da AT e a importância de seu estabelecimento para obtenção dos resultados em psicoterapia. Evidenciou-se o estabelecimento da AT como um requisito para efetivar a psicoterapia e alcançar as mudanças almejadas. Ressalta-se que outros estudos sobre a temática devem ser realizados, visto sua relevância para o tratamento como um todo.

**Palavras-chaves:** Aliança terapêutica. Fatores do terapeuta. Fatores do paciente. Psicoterapia de orientação analítica. Terapia cognitivo-comportamental.

**Abstract:** Therapeutic alliance (TA) is the relationship established between the therapist-patient pair during psychotherapeutic treatment. The construction of TA is influenced by the psychotherapist's and the patient's factors and elements of the setting itself, and is also associated with the effectiveness of the treatment. This study intended to investigate the elements that constitute TA, taking into account the role of the psychotherapist's and the patient's factors that influence the construction of TA. It consists of a qualitative study of exploratory and descriptive nature, featuring a sample of 9 therapists and 9 patients – in total, 18 people between the ages of 18 and 57. A semi-structured interview was conducted and submitted to qualitative content analysis. The results were discussed in light of the literature through the

---

<sup>1</sup> Psicólogo. Residente do programa Saúde do Adulto e Idoso - HU ULBRA. (demetriuspsico@outlook.com).

<sup>2</sup> Psicóloga. (amandamartinsdd@gmail.com).

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia. Professora no curso de Psicologia, Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da ULBRA. (alinegvivian@gmail.com).

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia. Professora no Curso de Psicologia da ULBRA. (fegps@terra.com.br).

analysis of three categories: psychotherapists' factors in the construction of therapeutic alliance, patients' factors in the construction of therapeutic alliance and the impact of therapeutic alliance in analytical and cognitive-behavior psychotherapies, highlighting the participation of the therapist-patient pair in the construction of TA and the importance of its establishment to obtain results in psychotherapy. It was found that the establishment of TA is required to effect psychotherapy and reach the desired changes. It is also worth noting that other studies on the topic must be conducted, in view of its relevance to treatment as a whole.

**Keywords:** Therapeutic alliance. Therapist's factors. Patient's factors. Analytical psychotherapy. Cognitive-behavioral therapy.

## INTRODUÇÃO

A aliança terapêutica (AT) pode ser compreendida como a relação estabelecida durante o tratamento psicoterápico, entre a dupla terapeuta-paciente, em diferentes modelos teóricos. O constructo em questão é um dos objetos de interesse mais estudados e pesquisados sobre o processo psicoterapêutico e corresponde à efetividade dos tratamentos. Ressalta-se que a AT é compreendida como interdependente dos fatores teóricos e técnicos de cada abordagem, estando associada à produção de efetividade quando em colaboração com os métodos. A partir do seu estabelecimento, permite-se o desenvolvimento das intervenções que facilitarão a adesão do paciente e produzirão as mudanças em psicoterapia (MARCOLINO; IACOPONI, 2001; OLIVEIRA; BENETTI, 2015; MACHADO; EIZIRIK, 2016; PIETA; GOMES, 2017).

A AT é atualmente compreendida e aceita como um constructo ateuórico, sendo aplicável a uma diversidade de abordagens psicoterápicas. Assim como os fatores do paciente e do terapeuta são comuns a diversas abordagens, a AT também é comum às psicoterapias, que a relacionam aos progressos do tratamento (OLIVEIRA; BENETTI, 2015). Segundo GOMES (2015), as pesquisas demonstram que os resultados positivos em todas as psicoterapias dependem diretamente do estabelecimento de uma AT de boa qualidade.

Como método de tratamento, as psicoterapias envolvem uma gama de intervenções e fatores próprios de cada abordagem, com o intuito de modificar o estado de sofrimento emocional de pacientes que procuram ajuda. Dentre os fatores específicos, encontram-se as teorias de fundamento para a compreensão dos funcionamentos mentais, sintomas e técnicas apropriadas. Encontram-se também os fatores comuns relacionados às diversas abordagens, como as características próprias do terapeuta e do paciente, constructo relacionado à AT (CORDIOLI; GIGLIO, 2008).

Estudos sobre os fatores comuns começaram a crescer a partir do momento em que investigações anteriores encontraram que diferentes psicoterapias possuem eficácia semelhante. E, dentre esses fatores, o aspecto que tem mais ligação com a efetividade e maior número de pesquisas é a relação entre paciente e terapeuta. A revisão das pesquisas confirma a associação positiva entre a qualidade da relação terapêutica e os benefícios para a psicoterapia (HORVATH; DEL RE; FLÜCKIGER; SYMONDS, 2011).

A relação terapêutica, sinônimo e interdependente do estabelecimento da AT, diverge de outros tipos de relacionamentos. Este tipo de relação pode ser compreendido como sendo mais profundo, por seu caráter e nível de intimidade e confiança. Ressalta-se que o marco diferencial decorre do objetivo desta relação, que envolve trabalhar para fins de tratamento e não com características de prazer em si, como em outras relações (ALVES, 2017).

A AT não deve ser compreendida como um fator isolado dos fatores específicos, como as diferentes técnicas de cada abordagem. Ela está associada à produção de efetividade quando em colaboração com as técnicas, permitindo, a partir de sua qualidade, o desenvolvimento das intervenções que farão a diferença na mudança. Conforme afirma Marcolino e Iaconi (2001), todos os processos psicoterápicos possuem como eixo central a concepção da AT, sendo ela a construtora do enquadre que forma o contexto psicoterapêutico. A aliança formada entre a dupla é o elemento que antecede a evolução do trabalho terapêutico, contribuindo para avaliar a qualidade, a evolução e o desfecho dos tratamentos. Sua construção envolve fatores relacionados ao terapeuta e específicos do paciente, que deve ter capacidade para estabelecer uma relação de trabalho e vínculo com o terapeuta (ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008; HORVATH et al., 2011).

A AT pode ser concebida como o produto final, mas em constante mutação, da união entre a dupla paciente e terapeuta, onde cada um influencia na construção da aliança com base em suas características e história pessoal (CORBELLA; BOTELLA, 2003). É a dimensão relacional que se encontra no interesse das pesquisas sobre a AT, que para ALVES (2017) está relacionada à construção conjunta do par, contribuindo para o entendimento dos fatores que influenciam no processo psicoterapêutico. Dentre os autores que estudaram a AT, Corbella e Botella (2003) consideram Bordin (1979) um dos maiores influenciadores. Ele compreende a AT como uma relação colaborativa entre paciente e terapeuta, bem como a adaptação de suas personalidades. Esse processo se desenvolve através de três componentes: o acordo entre a dupla sobre as tarefas, a presença de um vínculo positivo e o acordo sobre os objetivos terapêuticos.

A construção da AT entre a dupla começa desde o início da psicoterapia, mas estudos relacionados à temática consideram que este processo ocorre em duas fases. Durante as cinco primeiras sessões pode-se verificar o desenvolvimento da AT, assim como os estudos apresentam que durante a terceira sessão é significativamente observável seu crescimento. As características deste início são descritas pelos autores com relação à promoção de atitude colaborativa, em que ambos concordam com os objetivos e tarefas a respeito do tratamento, bem como do desenvolvimento de confiança por parte do paciente (KIVLIGHAN; SHAUGHNESSY, 1995; AGNEW-DAVIES et al., 2004; ARDITO; RABELLINO, 2011).

Segundo FREUD (1913), para iniciar o paciente nos procedimentos da psicanálise, deve-se obter o estabelecimento de um rapport, constituído por uma relação terapêutica produtiva. Neste sentido, o objetivo inicial do tratamento procura a ligação do paciente com a própria terapia e o terapeuta. O autor orienta que, para ocorrer a ligação entre a dupla, é preciso dar tempo ao paciente, enquanto que do terapeuta se espera sério interesse e compreensão empática, fazendo com que naturalmente a imagem deste último seja associada a imagos com as quais o paciente costumava sentir-se cuidado.

A reciprocidade entre a dupla com o objetivo em comum de diminuir o sofrimento psíquico está associada à possibilidade de se criar uma relação de qualidade. Mas, para que seu estabelecimento seja efetivo, GOMES (2015) menciona que não depende apenas do sofrimento e desejo do paciente em aliviá-lo e do terapeuta, através de sua formação, ter os conhecimentos necessários para ajudá-lo. Os fatores envolvidos nesta elaboração são partes constituintes de ambos, porém revelam-se em diversos aspectos, considerando sua complexidade e dinamismo presente na relação. Em síntese, a AT, como ressalta MONDRZAK (2015), é composta por elementos racionais e irracionais, que são originados do terapeuta, do paciente e do próprio enquadre.

Ao se referir às qualidades necessárias de um terapeuta, ressalta-se a empatia, o interesse genuíno no auxílio ao paciente, o conhecimento, preocupação e capacidade para ajudar os outros, que tenha compaixão para com quem está sofrendo, possibilitando o engajamento indispensável ao papel de estar com o paciente (ISOLAN et al., 2008). Para Greenson (1981), o analista ou psicoterapeuta deve ser essencialmente humano, expressando qualidades como compaixão, preocupação e esforço para com o tratamento do paciente. Alves (2017) aponta, embasada na teoria cognitiva, que o terapeuta caloroso, sincero e possuidor de empatia facilitará significativamente o transcurso da terapia.

Na terapia cognitivo-comportamental, o terapeuta desenvolve a AT através da demonstração de empatia nas expressões utilizadas para comunicar-se com o paciente,

manifestando compreensão acerca de seus problemas e concepções, fazendo com que o paciente sinta que está sendo respeitado e entendido. A postura empática do terapeuta, direcionada à demonstração de estima e compreensão, promove o estabelecimento da ligação emocional de confiança entre terapeuta e paciente. Essa ligação auxilia na construção de um ambiente seguro para o paciente conforme o progresso da terapia (BECK, 2013).

Características como aceitação, empatia, autenticidade e cordialidade devem estar presentes no terapeuta, pois auxiliam na aplicação da terapia e aumentam sua eficácia (BECK, 2007). A primeira pode ser concebida como uma postura sem julgamento, com interesse genuíno no paciente, a segunda está relacionada à capacidade do terapeuta compreendê-lo em sua perspectiva e sofrimento, enquanto a terceira se refere à honestidade para com ele mesmo e seu paciente. A última se refere à demonstração genuína e diligente de interesse para com o paciente (CORDIOLI; GIGLIO, 2008). Assim como, a capacidade para colaborar ativamente com o paciente, atenção e entendimento, adaptação do estilo terapêutico ao paciente, técnicas para alívio das angústias e solicitação da percepção do paciente sobre o tratamento.

No que diz respeito à participação do paciente na construção da AT, seu modo de relacionamento com o terapeuta tem origem e pode ser construído com base na experiência com figuras significativas e suas relações interpessoais anteriores ao tratamento, como sua relação de bebê com a mãe. Assim como sua capacidade para se vincular, nível educacional, formação cultural, crenças e principalmente a motivação e expectativa para com o tratamento (MARCOLINO; IACOPONI, 2001; CORDIOLI; GIGLIO, 2008; GOMES, 2015).

Para Beck (2007), a construção da AT é facilitada, assim como o compromisso do paciente com a terapia, quando este inicia o tratamento com percepções positivas em relação a esta nova experiência. Neste sentido, suas percepções estão associadas ao seu modo de relacionamento e visão dos outros, possibilitando o desenvolvimento desta nova relação ou não. Se a visão do paciente, por exemplo, é positiva sobre seus relacionamentos, é possível que seu engajamento com o tratamento e a AT se desenvolva de forma otimista.

A qualidade da AT é de extrema importância para a eficácia da terapia cognitiva (BECK, 2007). O autor ressalta que pode ser observada uma gama de pacientes que supostamente não estariam interessados no estabelecimento de uma relação com o terapeuta, apenas objetivando aprender ferramentas para lidar com seus conflitos. Muitos destes pacientes encontrarão efetividade no tratamento, ao adquirir novos aprendizados relacionados à reestruturação cognitiva, quando houver o estabelecimento de uma relação de apoio e empatia entre a dupla. Gomes (2015) resume a junção entre a motivação do paciente em relação ao tratamento e a

atitude do terapeuta para com ele, afirmando que a confiança que o paciente possui sobre a eficácia terapêutica é que o aliará ao terapeuta na construção da AT.

O estudo de metanálise realizado por Sharf et al. (2010) sobre a qualidade da AT e o abandono em psicoterapia demonstrou ligação significativa entre ambos. O resultado da metanálise concluiu que os pacientes com escores mais altos em relação à AT permaneceram em tratamento por mais tempo em comparação àqueles que obtiveram escores mais baixos, sendo os últimos, portanto, mais propensos ao abandono da psicoterapia.

A qualidade do estabelecimento de uma AT no período inicial da psicoterapia está associada ao progresso do tratamento, pois permite o estabelecimento de uma relação de confiança, reduzindo a probabilidade de um rompimento prematuro do mesmo. Outro aspecto importante sobre o desenvolvimento da AT é a capacidade que ela tem de criar um ambiente onde o paciente, considerando suas expectativas e condições externas, poderá com o terapeuta criar novas maneiras de lidar com seus problemas (HORVATH et al., 2011).

Sendo assim, o presente estudo objetivou investigar os elementos que constituem a Aliança Terapêutica, dentre os quais se destacam: os fatores do psicoterapeuta e os do paciente que influenciam na construção da Aliança Terapêutica, assim como o impacto da AT nas psicoterapias de orientação analítica e terapia cognitivo-comportamental.

## **MÉTODOS**

Foi realizado um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Participaram 18 pessoas, sendo 9 estagiárias curriculares de Psicologia e Processos Clínicos (4 psicoterapeutas na abordagem cognitivo-comportamental e 5 de orientação psicanalítica) e seus 9 pacientes (4 em tratamento psicoterápico na TCC e 5 de orientação psicanalítica), em um Serviço-Escola de Psicologia de uma universidade privada de Canoas.

A coleta de dados ocorreu no Serviço-Escola de Psicologia, a partir de entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas e transcritas e preenchimento da ficha de dados sociodemográficos. Objetivou-se coletar informações acerca da percepção das terapeutas e dos pacientes sobre aspectos da AT, dos quais ressaltam-se os fatores de ambos que influenciam sua construção e o impacto da AT nas psicoterapias de abordagem cognitivo-comportamental e de orientação psicanalítica. Os resultados foram submetidos à análise qualitativa de conteúdo (BARDIN, 2011). A sistematização dos relatos foi feita por autor que os classificou separadamente em cada categoria. Para os casos de discordância, usou-se um segundo juiz.

Foram respeitados os procedimentos éticos, diretrizes e normas estabelecidas na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi observado o direito dos participantes de solicitar o cancelamento da sua participação em qualquer momento do processo deste estudo, além do sigilo de sua identificação. Todos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, sob o número CAAE 91414618.0.0000.5349.

## **RESULTADOS**

Através da coleta dos dados por meio das entrevistas individuais, foram elaboradas três categorias, compreendidas através da análise qualitativa de Bardin (2011). As categorias Fatores do psicoterapeuta na construção da aliança terapêutica, Fatores do paciente na construção da aliança terapêutica e Impacto da aliança terapêutica nas psicoterapias de orientação analítica e cognitivo-comportamental serão apresentadas a seguir, ilustradas por meio das falas dos participantes nas entrevistas. Os relatos das psicoterapeutas serão sinalizados por T1, T2, T3, T4, T5 e suas respectivas idades, enquanto os relatos dos pacientes serão sinalizados por P1, P2, P3, P4, P5 e suas respectivas idades. Ressalta-se que será utilizada a abreviação POA para os participantes que formavam o grupo de psicoterapia de orientação analítica, e TCC àqueles que correspondem ao grupo de terapia cognitivo-comportamental.

### **Fatores do psicoterapeuta na construção da aliança terapêutica**

Nesta categoria, são apresentados os fatores do psicoterapeuta que estão relacionados à construção da AT. Observou-se na verbalização dos participantes a presença significativa da importância da capacidade empática do psicoterapeuta, assim como suas formas de expressão no setting. Na perspectiva das psicoterapeutas: *“Na psicanálise, muito dentro das técnicas de validação, que é dar importância àquilo que a pessoa está falando, porque às vezes a pessoa já vem contando um assunto e se auto-invalidando: ‘Ah, mas é uma bobagem’. ‘Que está te fazendo sofrer, então não é uma bobagem’. ‘Eu entendo que te causa mal, tu está no teu direito’.”* (T2, 30 anos, POA); *“Talvez uma empatia, uma validação por parte do terapeuta... Basicamente validar o sofrimento do paciente, ter empatia pelo que ele está passando, sem uma posição de julgar”* (T2, 25 anos, TCC).

Assim como, na perspectiva dos pacientes: *“Porque até pra ele poder tratar a pessoa ele tem que no mínimo tentar se colocar para entender a situação e conversar, para mostrar o caminho pra ela”* (P3, 34 anos, POA); *“Eu tenho que sentir empatia por parte do terapeuta. É quando eu entendo que a pessoa está se colocando no meu lugar e tentando usar o meu sapato, tentando entender como eu penso pra tentar pensar na melhor forma de como eu devo reagir àquilo. Se ele se coloca no lugar do paciente, já é meio caminho andado”* (P3, 26 anos, TCC).

A postura do psicoterapeuta no setting, assim como o estilo no manejo de suas intervenções e sua atitude receptiva estiveram diretamente relacionados à qualidade da AT. Este aspecto pode ser analisado nos seguintes relatos: *“A nossa postura mais aberta e receptiva, o próprio jeito como a gente se coloca, sorrindo, mais afetuoso, não carinhoso pra não gratificar, mas caloroso, de que tu está recebendo ele, que tu quer participar nesse processo”* (T5, 23 anos, POA); *“A mensagem que a gente tem que transmitir como terapeutas é de que a gente quer, que a gente está ali pra ajudar, que a gente se preocupa. Porque ele vai perceber isso e vai auxiliar no engajamento dele e no atendimento também”* (T3, 24 anos, TCC).

Assim como, no relato dos pacientes: *“E na verdade eu tive a segunda, que não fez nada disso, que colocava uma barreira entre a gente, e que fez eu melhorar muito, ela me tratava como se fosse uma mãe. (...) Então eu fico até desejando saber o que é certo, porque a primeira me deu tanto amor e carinho, e tanto fez que eu fico pensando que tem que ser assim, essa intimidade entre a gente, e a segunda não me deu intimidade nenhuma e fez eu melhorar grandemente na minha vida”* (P4, 53 anos, POA); *“Eu acho que o terapeuta tem que chegar de uma forma bacana na pessoa até a pessoa se abrir, sabe. Foi o que ela conseguiu fazer, chegar em mim de um jeito que me acalmasse, deixasse eu confiante”* (P4, 18 anos, TCC).

O interesse genuíno do psicoterapeuta em ajudar, através da atenção direcionada aos conteúdos do paciente, foi percebido como primordial, influenciando no processo psicoterápico. Para as psicoterapeutas: *“Acredito que tenha todo impacto, porque de alguma forma, até inconscientemente ele percebe se tu realmente está ali ou não”* (T1, 26 anos, POA); *“Acho que o papel do terapeuta é de proporcionar um ambiente, um setting próprio pra que o paciente se sinta bem, se sinta ouvido, se sinta apoiado, não se sinta julgado. Se o paciente se sentir assim, vai ser mais fácil de construir essa aliança com o terapeuta”* (T1, 23 anos, TCC).

Observou-se que o interesse verdadeiro e responsabilidade do psicoterapeuta é fundamental na percepção dos pacientes: *“Ela viu que eu sou uma pessoa que eu sempre lutei desde criança, e ela quer me ver bem, ela não quer desperdiçar uma vida, ela quer me ajudar, foi o que eu vi desde a primeira vez que eu vim aqui, e eu quero ser ajudada. Acho que é por isso que eu estou tão interessada de cada vez querer vir, nunca faltar”* (P1, 44 anos, POA); *“O*



*terapeuta tem que ser um profissional, primeiramente, de mente aberta, livre de qualquer julgamento. O papel principal dele é estar disposto a te ajudar acima de qualquer problema, qualquer coisa que acontecer” (P3, 26 anos, TCC).*

### **Fatores do paciente na construção da aliança terapêutica**

Nesta categoria, apresentam-se os resultados relacionados aos fatores do paciente na construção da AT e seu papel no tocante à sua responsabilidade para com o tratamento, considerando o compromisso com as etapas e demandas do processo. Para as psicoterapeutas: *“Estar aberto para essa nova relação, para essa nova experiência, para estar em contato com coisas que não vão ser tão boas, mas que o resultado lá na frente pode fazer pra ele muito sentido” (T5, 23 anos, POA); “Ter disponibilidade emocional de criar essa relação. Se ele não está aberto pra criar uma relação, se ele não está aberto pra confiar no terapeuta, pra gostar de vir na terapia, gostar daquele ambiente e confiar que o setting é o lugar dele, também não vai se estabelecer uma aliança, então é uma via de duas mãos” (T3, 24 anos, TCC).*

Os pacientes relataram: *“O meu papel é eu vir com vontade, acho que tenho que vir pra eu melhorar, então eu tenho que ser uma pessoa correta em vir e falar a verdade, cumprir com as coisas que eu falo com ela pra eu melhorar, e conseqüentemente eu vou construir uma relação boa com ela, de se sentir à vontade para conversar sobre qualquer assunto” (P3, 34 anos, POA); “Você estar com a mente aberta pra que um terapeuta possa te avaliar da melhor forma, acho que isso auxilia na construção dessa relação. Tu tem que vir aberto, disposto a mudança. Quanto mais eu puder expor os meus problemas pra ela, todo o tipo de problema que eu tiver, mais ela vai estar aberta pra me ajudar” (P3, 26 anos, TCC).*

A motivação do paciente em relação à psicoterapia foi tida como influenciadora no desenvolvimento da AT. Para as psicoterapeutas: *“Se o paciente não apresentar motivação então talvez ele não vá conseguir estabelecer esse relacionamento com o terapeuta, que é fundamental para que o tratamento surja” (T1, 26 anos, POA); “Se o paciente não está engajado no atendimento, se ele não está motivado, ele não vai fazer nada. E muitas vezes tu motiva ele, tu engaja ele por meio da aliança, fazendo combinações” (T3, 24 anos, TCC).*

Nesta perspectiva, os pacientes observaram que: *“Basicamente como um todo influencia, porque se eu não tiver motivação não adianta, eu vou vir só queimar uma hora, eu não vou vir estar com uma pessoa no qual estou procurando ajuda” (P3, 34 anos, POA); “Acho que, em mim e em qualquer paciente, a primeira característica é você estar aberto pra terapia... Se tu não tem vontade de vir fazer, de te ajudar, não adianta nada. Então, a primeira característica*

*é a força de vontade, ou então a vontade genuína de vir aqui e querer ser ajudado. Sem isso, não existe a terapia”* (P3, 26 anos, TCC).

A personalidade do paciente foi descrita como fator significativo no processo psicoterapêutico e na AT. As psicoterapeutas relataram: *“Essa paciente que eu atendo é borderline, então eu preciso entender que o vínculo dela é um vínculo conturbado, porque foi como ela construiu todos os outros vínculos, e eu não posso exigir que comigo ela tenha um vínculo maravilhoso, eu estou mostrando pra ela que ela pode, se ela vai querer, como ela vai fazer, daí a gente está descobrindo, ela pode ter outras relações mais saudáveis, mas primeiro eu preciso entender que aquela é a forma que ela tem para se relacionar comigo”* (T5, 23 anos, POA); *“Acho que a hipótese diagnóstica, o funcionamento que esse paciente tem é uma coisa que influencia bastante na construção da aliança. Por exemplo, uma personalidade com um padrão mais dependente, vai ser um paciente mais desafiador quando tu sair de férias. Se tem alguns traços mais agressivos, ele vai agredir a aliança também. Um padrão mais depressivo vai sugar muito do terapeuta e vai tirar muito da energia dele”* (T3, 24 anos, TCC).

Em sequência, os pacientes verbalizaram: *“Minha personalidade influencia, porque tu rejeita, dependendo se tu é uma pessoa mais calma, mas como eu tenho essa personalidade forte eu rejeitei ela e ela não desistiu, mesmo sabendo que eu ia embora estava ali firme”* (P4, 53 anos, POA); *“Se a pessoa é sociável, se a pessoa é aberta, se ela é maleável, se ela aceita outros tipos de opiniões, acho que isso contribui. O teu jeito de ser contribui muito e influencia muito na maneira que tu vai vir pra terapia. Cada pessoa tem um tipo e cada pessoa reage de uma maneira à terapia. Óbvio que, se tu tem a vontade de vir e se tu tem vontade de se tratar, de melhorar como pessoa, ela vai vir com a cabeça aberta...”* (P3, 26 anos, TCC).

### **Impacto da aliança terapêutica nas psicoterapias de orientação analítica e cognitivo-comportamental**

Nesta categoria, apresentam-se os resultados que visam compreender o impacto da AT nos processos psicoterápicos. Observou-se, por meio dos relatos, as concepções acerca da AT e a importância do vínculo de confiança entre paciente e terapeuta para compor o tratamento. Para as psicoterapeutas: *“A aliança terapêutica é a relação que a gente consegue ter com o paciente, não só a relação cordial, mas a relação mesmo, onde o paciente consegue fazer a transferência comigo e eu a contratransferência com ele, conseguindo perceber todos esses aspectos que estão além da fala”* (T4, 27 anos, POA); *“Tu consegue fazer o paciente aderir às técnicas, tu consegue fazer com que o paciente se sinta mais motivado usando a aliança, então*

*é um veículo fundamental. Se tu não vincula com o paciente, tu não vai ter mudanças com ele, a técnica pela técnica não vai ser o suficiente. A teoria e a técnica são importantes, mas sem uma boa aliança tu não vai conseguir chegar no ponto de usar a técnica”* (T3, 24 anos, TCC).

Já os pacientes percebem a AT como a possibilidade de serem compreendidos: *“Quando eu venho, consigo falar tudo, me abrir mesmo, falar dos meus sentimentos mais profundos e verdadeiros e ela vai me entender, vai ter uma coisa boa pra falar para mim, para eu poder voltar a ser quem eu era antes”* (P1, 44 anos, POA); *“Se o terapeuta não está conectado com o paciente, não tem como tu fazer esse tratamento. Assim como o paciente, se ele não consegue se abrir da melhor forma pra ti. Então, um não consegue explicar o problema e o outro não consegue trazer a solução. Se não tem esse vínculo, nada acontece”* (P3, 26 anos, TCC).

Na verbalização das psicoterapeutas, pôde-se perceber que a AT possui relação intrínseca com os conhecimentos teóricos e técnicos das psicoterapias de orientação analítica e cognitivo-comportamental: *“É a partir da aliança que o campo que tu vai trabalhar vai estar aberto, a partir desta confiança que o paciente tem que tu vai conseguir trabalhar realmente, porque ele vai trazer as coisas de uma forma mais honesta, sem uma relação tu não consegue ter estabelecido o tratamento, não consegue aplicar técnicas”* (T1, 26 anos, POA); *“...fazemos muitas combinações. O paciente tem que ser muito ativo com a colaboração que é feita na nossa abordagem. Se tu não tem uma boa aliança terapêutica, ele provavelmente não vai aderir ao tratamento da forma que tu espera, não vai fazer as tarefas de casa, não vai fazer o que foi combinado. E aí, tu não pode também esperar a melhora que tu teria, tu não consegue colocar a teoria e a técnica em prática sem ter uma boa aliança primeiro”* (T3, 24 anos, TCC). Verifica-se que, na perspectiva dos participantes, o tempo necessário de construção e estabelecimento da AT é relativo. No ponto de vista das psicoterapeutas: *“Eu acredito que em torno de quatro sessões, depende muito das características do paciente, se tem pacientes que são mais abertos e estão buscando tratamento mais espontâneo ou por influência de alguma outra coisa”* (T1, 26 anos, POA); *“Pra tu conseguir vincular ou não com o paciente, depende da demanda dele. Personalidade, acredito eu, deve demorar de 1 mês pra mais. Mas, no geral, eu acredito que em umas 3 sessões tu consegue já criar um vínculo legal”* (T2, 25 anos, TCC).

Neste sentido, os pacientes perceberam diferenças em termos de temporalidade: *“Assim, na primeira consulta com certeza é totalmente insegurança, por que tu não conhece a pessoa e ela não te conhece, mas, respondendo do meu jeito, eu digo que sou sociável talvez demais. (...) Ela me passa tranquilidade, me passa a vontade para eu falar as coisas, acho que na segunda ou terceira sessão já usava meus palavrões, meus vícios de linguagem, que é ficar à vontade de falar com a pessoa”* (P3, 34 anos, POA); *“Depende muito de pessoa pra pessoa.*

*Particularmente, eu consigo me relacionar bem com as pessoas, então essa relação acontece de forma muito rápida. Se eu percebo que a pessoa está engajada em tratar o meu caso, se ela é uma pessoa aberta, uma pessoa espontânea, essa relação ocorre de forma rápida. Se for mensurar em tempo, acredito que 3 semanas já são suficientes pra que eu tenha o mínimo de intimidade, pra que eu possa falar, pra que eu possa me abrir” (P3, 26 anos, TCC).*

Outro aspecto importante da AT se refere ao seu impacto no progresso e nas mudanças em psicoterapia. As psicoterapeutas observaram que: *“Se a aliança está bem estabelecida, a partir daí se conseguem as mudanças almeçadas no início do tratamento” (T3, 27 anos, POA); “No momento que tu consegue transparecer que tu te importa, ele de alguma forma transparece pra ti de volta aquilo, que sente confiança em ti e que realmente sabe que tu te importa com ele e que a gente pode cada vez dar um passo maior na direção da mudança” (T2, 25 anos, TCC).*

Na perspectiva dos pacientes: *“Eu custei a entender, muito tempo eu estou doente e não queria fazer, achei que era só com psiquiatra. (...) Mas depois que eu comecei a fazer aqui, vai fazer um ano, a minha vida mudou muito, porque ela parece uma mãe assim, a terapeuta me ajudou em tudo. (...) Eu estou dizendo pra todo mundo, por que não fazer? Não precisa ficar doente pra fazer” (P4, 53 anos, POA); “Eu gosto de ver a terapia como uma conversa informal, então eu tenho que ter confiança na pessoa pra falar as coisas que eu preciso, as coisas que eu penso. Eu tenho que saber que o que eu for falar pra ele, ele vai tentar me reverter, me dar insights, me dar dicas de como eu posso melhorar. A relação terapêutica é isso. Eu tenho que ter uma conexão com essa pessoa, eu tenho que criar um vínculo com essa pessoa pra que eu possa me abrir e ela possa me retornar isso da melhor maneira” (P3, 26 anos, TCC).*

Os participantes também relataram que aspectos oriundos do psicoterapeuta e do paciente podem se tornar um elemento determinante no rompimento da AT. Na percepção das psicoterapeutas, quanto aos seus próprios aspectos: *“De novo cai na contratransferência, se tu não identifica, não entende o que está acontecendo, pode ter uma postura que pode não ser a ideal, então tem que estar muito atento, para que tu consiga perceber o que o paciente está te despertando e tu conseguir trabalhar com isso da melhor forma” (T1, 26 anos, POA); “Quando o terapeuta não percebe algumas questões do paciente, não consegue conduzir bem o processo, não consegue se colocar no lugar do paciente, não consegue ter empatia, quando tem algum sentimento contratransferencial que impacte pra atender aquele paciente. E quando não está bem alinhado com o objetivo do paciente em relação à terapia” (T1, 23 anos, TCC).*

Na percepção dos pacientes: *“Se fosse uma pessoa intransigente, agressiva, ou me julgasse o tempo todo eu não viria mais, ou eu pediria pra trocar de terapeuta” (P2, 39 anos, POA); “Muito, assim, o jeito de ser. Tem terapeuta que eu já fui que foi grosso comigo. Pode*

*ser do jeito da pessoa né, ser mais grosso, falar de forma mais rígida. Mas eu gosto de terapeutas que são leves, são tranquilos. E que falem as coisas, mas com leveza. Eu acho que é mais essa parte, não ter essa sintonia de jeito” (P1, 22 anos, TCC).*

## **DISCUSSÃO**

Ao analisar os elementos das categorias sobre os fatores do psicoterapeuta e do paciente na construção da AT e o impacto da AT nas psicoterapias, é possível fundamentá-las no aporte teórico psicanalítico e cognitivo-comportamental. A compreensão do impacto da AT em ambas as abordagens é indispensável para entender seu transcurso. Porquanto as psicoterapias são constituídas essencialmente no contexto da relação entre psicoterapeuta e paciente, que através dos seus aspectos influenciarão significativamente o processo e o êxito do tratamento.

Dentre os fatores que se encontram associados à construção da AT, aqueles que são próprios do psicoterapeuta se destacam principalmente relacionados à sua capacidade empática. No relato dos participantes, a empatia do psicoterapeuta foi mencionada como fator inerente à AT, corroborando os estudos de Mondardo et al. (2009) e Gomes (2015), bem como sua importância no processo psicoterápico, qualificando as formas de acolhimento, o manejo das técnicas e a compreensão do sofrimento advindo dos conflitos do paciente. No estudo realizado por Marcolino e Iacoponi (2003), também se encontra que a percepção dos pacientes sobre a empatia dos psicoterapeutas esteve relacionada positivamente à redução dos sintomas depressivos e com a qualidade da AT (GREENSON, 1981; ZIMERMANN, 1999; ACKERMAN; HILSENROTH, 2003; ISOLAN et al., 2008; SANCHES, 2009; ARDITO; RABELLINO, 2011; OLIVEIRA; BENETTI, 2015).

Para as psicoterapeutas do estudo, a empatia pode se expressar por meio das técnicas de validação empática, da forma como irá realizar a escuta, do acolhimento dos conteúdos do paciente e por meio de postura afetuosa, encontrando fundamentação de outros estudos, que compreendem este tipo de posturas e intervenções como ferramentas importantes para os resultados psicoterapêuticos e na AT (PEIXOTO et al., 2016; SIMONI et al., 2018). Na perspectiva dos pacientes, a expressão empática do psicoterapeuta foi observada por meio de sua escuta atenta, ausência de julgamentos, compressão de seu sofrimento e obtenção de ajuda. Para Beck (2007), os indivíduos sentem-se apoiados e compreendidos através da manifestação de empatia, o que auxilia no fortalecimento da AT, corroborando outros estudos que, ao se referirem sobre as qualidades do psicoterapeuta, mencionam que este deve ser essencialmente

humano, caloroso, pautado por uma postura sem julgamento e com sensibilidade aos sentimentos do paciente (GREENSON, 1981; ACKERMAN; HILSENROTH, 2003; ISOLAN et al., 2008; SIMONI et al., 2018). Para os pacientes deste estudo, a confiança que possuem a respeito de sua psicoterapeuta esteve associada à qualidade da AT, por meio da percepção de que esta se interessa genuinamente e está envolvida com esforço e colaboração para sua mudança, resultado também encontrado no estudo de Enéas (2000).

As características do psicoterapeuta também são percebidas pelos participantes através de seu modo de ser e estruturar o setting, no modo com que maneja suas intervenções, sua postura aberta e receptiva, a forma como escuta com neutralidade, sua afetuosidade, comprometimento e colaboração com o tratamento, corroborando os estudos sobre o impacto do estilo do psicoterapeuta na construção da AT (CORBELLA et al., 2008; MONDRZAK, 2015). A presença destes elementos corrobora os achados no estudo de SANCHES (2009), em que o psicoterapeuta influencia a constituição da AT por meio de suas atitudes, ao possibilitar a livre expressão dos sentimentos do paciente, permanecendo neutro com as revelações e mantendo-se atento para não manifestar julgamentos. Do mesmo modo, ALVES (2017) aponta a relevância da preocupação sincera do terapeuta em relação às demandas do paciente para a criação de um vínculo emocional entre ambos. Diversos autores destacam características como as mencionadas, além de outras como: flexibilidade, honestidade, respeito, confiabilidade, abertura, sua capacidade para compreender e encontrar respostas efetivas (ACKERMAN; HILSENROTH, 2003; OLIVEIRA; BENETTI, 2015; MACHADO; EIZIRIK, 2016).

O papel do psicoterapeuta e sua responsabilidade para com o tratamento foi identificado como um fator que exerce significativa influência no estabelecimento da AT. Os participantes relacionam este papel à conduta ativa do terapeuta, que deve ser capaz de proporcionar um ambiente seguro para que o paciente sinta-se entendido e livre de julgamentos. Este aspecto é encontrado no estudo de Alves (2017), que reconhece a importância da postura ativa do terapeuta na abordagem cognitivo-comportamental para que o desenvolvimento da AT ocorra satisfatoriamente. Segundo Pieta e Gomes (2017), a efetividade da psicoterapia está diretamente associada à AT, pontuando como papel do psicoterapeuta a necessidade em monitorar seu estabelecimento, visto que deve estar flexível e adaptada aos diferentes pacientes (MARCOLINO; IACOPONI, 2001; MACHADO; EIZIRIK, 2016).

Na perspectiva dos participantes, os fatores do paciente que influenciam a construção da AT são diversos, porém foi ressaltado que a consciência sobre seus conflitos e a presença de sofrimento é um elemento crucial, corroborando a ideia do estudo de Yoshida (1998), que considera uma condição importante o reconhecimento por parte do paciente de sua situação

atual. Assim como Sanches (2009) ressalta que o desejo e a percepção de que necessita ajuda de um profissional, com o objetivo de reduzir o sofrimento, influenciará positivamente na construção do vínculo. Outro fator relacionado ao paciente, verbalizado de forma significativa, é seu compromisso para com o tratamento com atitudes colaborativas. Enéas (2000) destaca o papel do paciente como elemento essencial na AT, em especial quando tem como objetivo e desejo modificar sua condição psíquica, buscando se aliar ao psicoterapeuta em busca de ajuda.

A motivação em relação aos objetivos da psicoterapia foi um dos aspectos mais relevantes encontrados nos resultados e em outros estudos sobre os fatores do paciente na construção da AT (MARCOLINO; IACOPONI, 2001; GOMES, 2015). Os participantes apontam que estar motivado é fundamental para aderir ao processo e ser corresponsável no tratamento, corroborando a compreensão de Greenson (1981), de que a gênese da AT está na motivação de encontrar alívio do sofrimento e na superação do transtorno, enfatizando que, a partir dela, ele se colocará como colaborador na psicoterapia, bem como aceitará as instruções do psicoterapeuta. A motivação do paciente foi percebida nos resultados como significativa para a obtenção de mudanças, assim como foi encontrado no estudo de Serralta et al. (2016), ressaltando sua importância para o processo psicoterapêutico, enquanto para Peixoto et al. (2016), a motivação influenciará os resultados quando aliada à AT. Segundo Isolan et al. (2008), o paciente motivado busca o tratamento de forma espontânea e reconhece a sua responsabilidade no resultado da psicoterapia. A motivação também é mencionada por Becker e Benetti (2014), que a relacionam à conquista de bons resultados no tratamento, por tornar o paciente mais disposto a cooperar no processo de forma participativa.

A personalidade do paciente como elemento intrapsíquico foi mencionada por Oliveira e Benetti (2015) como fator determinante no desenvolvimento e na qualidade da AT, assim como no impacto do próprio processo psicoterápico. Neste sentido, o estudo de Enéas (2000) complementa que pacientes com estrutura melhor tendem a obter maiores resultados, enquanto outros menos estruturados atingem resultados reduzidos, encontrando relação entre as condições egóicas do paciente e as possibilidades de mudança e a AT. Em conformidade, Wright et al. (2008) destacam que os aspectos da personalidade do paciente e seus sintomas exercem grande influência na relação terapêutica. Por este motivo, é necessário que os terapeutas tenham flexibilidade e adaptem seu atendimento de acordo com as características individuais de cada paciente.

Uma das psicoterapeutas mencionou as peculiaridades da AT de uma paciente caracterizada por personalidade borderline, considerando a dificuldade do vínculo, visto as experiências anteriores de relações objetais, principalmente com figuras significativas,

corroborando o estudo de Sanches (2009), de que a AT com estes pacientes é afetada pelo estilo defensivo presente, em especial a cisão. O estilo de padrão defensivo do paciente é um dos aspectos de como a personalidade se expressa, interferindo na AT (OLIVEIRA; BENETTI, 2015). Assim, Wright et al. (2008) destacam a importância de compreender as relações interpessoais do paciente a fim de detectar sua capacidade de desenvolver uma relação terapêutica eficaz. Do mesmo modo, Corbella e Botella (2003) complementam que indivíduos com bons relacionamentos tendem a desenvolver uma AT mais satisfatória.

O papel do paciente na psicoterapia foi percebido nos resultados como essencial para o desenvolvimento da AT. Neste aspecto, ressalta-se a importância de o paciente ser sincero ao fornecer informações sobre sua história de vida e queixas atuais, além de mostrar-se aberto para a construção de uma relação com o terapeuta e estar disponível para a mudança. Conforme as verbalizações dos participantes, o papel do paciente inclui sua expressão emocional e o diálogo com o terapeuta a respeito de seus problemas. Em concordância com os resultados, Beck (2013) afirma que a capacidade do paciente de criar uma relação com o terapeuta é fundamental para os progressos da psicoterapia. Já a disponibilidade para a mudança é vista por Honda e Yoshida (2013) como um fator que reforça a atitude colaborativa do paciente no processo psicoterápico, visto que o indivíduo passa a compreender a própria responsabilidade no alívio de seu sofrimento, o que fortalece a AT.

Os resultados encontraram concordância com estudos que compreendem a AT como um vínculo colaborativo e de confiança entre psicoterapeuta e paciente, bem como um instrumento que promoverá o estabelecimento do processo psicoterápico (ARDITO; RABELLINO, 2011; OLIVEIRA; BENETTI, 2015). O estudo de Singulane e Sartes (2007) corroboram o resultado ao ressaltar que um ambiente de confiança propicia a implementação das técnicas trabalhadas em psicoterapia. Honda e Yoshida (2013) enfatizam a relevância da confiança entre terapeuta e paciente para a construção de uma boa relação terapêutica.

Há uma diversidade de elementos que, em conjunto, constituem o trabalho em psicoterapia, mas, como afirma Enéas (2000), a AT é o eixo central que subsidiará a possibilidade de efetivar o tratamento. Sua importância é justificada por permitir a conexão do paciente com o psicoterapeuta e a própria psicoterapia, que para Freud (1913) é o objetivo inicial para construir uma atitude colaborativa e produtiva. Nos resultados do presente estudo, o vínculo entre terapeuta e paciente foi percebido pelos participantes como elemento indispensável para a produção de bons resultados na terapia. Quanto melhor a qualidade da AT, melhores serão as mudanças atingidas. Estes resultados são corroborados por Honda e Yoshida



(2012), que relacionam a construção de uma AT sólida a uma maior possibilidade de resultados promissores no tratamento.

De acordo com Freud (1913), para introduzir o paciente ao tratamento, é necessário constituir inicialmente uma relação terapêutica produtiva, corroborando a compreensão das psicoterapeutas deste estudo, de que o estabelecimento da AT permite empreender as intervenções necessárias, influenciando e qualificando o emprego das técnicas psicanalíticas. Assim, a qualidade da relação produzirá no paciente a capacidade de suportar a ansiedade ao entrar em contato com seus conflitos, para que o sofrimento não seja demasiado intenso, podendo ocasionar o término do tratamento (HORVATH et al., 2011). Neste sentido, os autores enfatizam a atenção que o psicoterapeuta deve direcionar na escolha das intervenções, principalmente quando relacionado a pacientes com psicopatologias graves ou transtornos de personalidade que demandam modificações no manejo das técnicas, com o intuito de reforçar o estabelecimento da AT (PEIXOTO et al., 2016; SIMONI et al., 2018).

Para Jardim et al. (2009), a conexão positiva entre a dupla está relacionada a melhores condições para produzir mudanças no tratamento, assim como Ackerman e Hilsenroth (2003) verificaram, em seu estudo, que a capacidade do psicoterapeuta de ser caloroso, acolhedor e de criar um espaço onde o paciente se sinta apoiado causa impacto significativo no processo de mudança do paciente. Assim, a AT pode ter, por si própria, ação terapêutica.

No presente estudo, analisou-se a relação da aplicação das técnicas da TCC com a construção da AT. Na percepção das terapeutas, é essencial que seja construído um bom vínculo com o paciente para que o mesmo possa responder às técnicas e intervenções próprias da abordagem. Em conformidade com Beck (2013), por meio da relação terapêutica, torna-se possível empregar os métodos da TCC a fim de auxiliar os pacientes na identificação e modificação de suas emoções, comportamentos e crenças disfuncionais. O vínculo também é visto como fundamental no tratamento, no qual paciente e terapeuta atuam em conjunto na solução dos problemas. A psicoeducação, muito utilizada na TCC, também promove o engajamento do paciente no processo de mudança, conforme encontrado no estudo de Murta e Rocha (2014). As autoras concebem esta técnica como um meio de fomentar a relação terapêutica, uma vez que fornece informações cruciais ao paciente para o bom andamento da psicoterapia, favorecendo a confiança no terapeuta.

Quanto ao tempo necessário para construção da AT, os autores mencionam que ela sofre constantes mutações, mas que durante as cinco primeiras sessões de psicoterapia é possível verificar seu desenvolvimento, sendo que na terceira sessão já pode ser observado de forma significativa seu crescimento, corroborando com os resultados deste estudo, visto que os

participantes mencionaram tempos relativos, entre dois e quatro encontros (BORDIN, 1979; CORBELLA; BOTELLA, 2003; GOMES et al., 2008). Outros autores também ressaltam a importância do vínculo colaborativo e a confiança que o paciente constrói a respeito do psicoterapeuta e na própria psicoterapia, encontrando concordância com a visão dos participantes. Compreende-se, desta forma, que a construção da AT não segue um padrão e linearidade, e que em situações propícias é uma crescente ao longo do tratamento (ARDITO; RABELLINO, 2011). Em conformidade, Beck et al. (2017) referem que o pleno desenvolvimento da AT requer não só tempo, mas também uma grande sintonia do terapeuta em relação às expressões emocionais do paciente nas sessões, a fim de reconhecer e restabelecer quaisquer aspectos que possam causar ruptura no vínculo.

O desenvolvimento e a qualidade da AT também foram percebidos pelos participantes como elemento crucial na possibilidade de rompimento da relação e no abandono do tratamento. As características relacionadas ao paciente, como a falta de motivação, as expectativas em relação à melhora (JUNG et al., 2014), a indisponibilidade de construir o relacionamento, a capacidade para suportar os aspectos dolorosos do tratamento, assim como a forma como irá reagir às intervenções do psicoterapeuta, foram percebidas pelos participantes como condições que prejudicam a AT, encontrando consonância com outros estudos (ENÉAS, 2000). Características de personalidade, história clínica, relações objetivas e experiências anteriores de interrupção de vínculos importantes influenciam estreitamente a construção da AT, aumentando o risco de abandono (BENETTI ; CUNHA, 2008; OLIVEIRA; BENETTI, 2015).

Foram mencionados ainda os sentimentos contratransferenciais do psicoterapeuta, bem como a falta de empatia, o desinteresse e a interpretação incorreta das demandas e necessidades emocionais do paciente. Este resultado é corroborado por Oliveira e Benetti (2015), que esclarecem que o rompimento da AT pode ocorrer devido a dificuldades de entendimento e comunicação por parte do terapeuta. Os resultados apontaram que, se o psicoterapeuta não apresentar capacidade para estar atento às manifestações transferenciais e contratransferenciais, assim como sua experiência e adequação das intervenções impactam no rompimento da AT. É seu papel identificar e encontrar uma resposta efetiva para estes problemas, visto que outros autores também mencionam que a falta desta postura poderá levar ao abandono. Neste sentido, ressaltam que desde a entrevista inicial cabe a ele perceber e manejar baseado no modo de relação objetal do paciente, intervir no momento certo e fornecer informações necessárias sobre o processo (CUNHA; BENETTI, 2008; OLIVEIRA; BENETTI, 2015). Em conformidade com outros autores, destacou-se o papel da qualidade da AT nos processos de término. O estudo realizado por Hauck et al. (2007) corrobora o resultado, indicando que o não desenvolvimento

de uma AT positiva pode causar o abandono em psicoterapia, acentuando seu caráter indispensável neste contexto. Neste mesmo sentido, o estudo de Honda e Yoshida (2013) associa o rompimento do vínculo a uma maior chance de abandono da psicoterapia.

É possível encontrar inúmeros fatores envolvidos na AT, em seu estabelecimento e rompimento. A dimensão relacional é que se encontra no interesse das pesquisas sobre a AT, o estudo da reciprocidade entre a dupla com o objetivo em comum de diminuir o sofrimento psíquico. Ressalta-se que não há um perfil único de psicoterapeuta e de paciente que influenciará na AT ou no progresso da psicoterapia, pois inúmeros fatores estão aí relacionados. É da combinação das características da dupla que dependerão os desfechos da AT (CORBELLA et al., 2008; GOMES, 2015; MONDRZAK, 2015; OLIVEIRA; BENETTI, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo ressaltaram a importância da AT, percebida como um elemento essencial e determinante dos aspectos que constituem os processos psicoterápicos. Ao investigar a perspectiva dos participantes sobre a influência dos fatores do psicoterapeuta e do paciente na construção da AT, evidenciaram-se os componentes necessários para obtenção dos resultados das abordagens psicoterápicas de orientação analítica e cognitivo-comportamental.

Dentre os fatores que se destacaram, aqueles próprios do psicoterapeuta são percebidos como cruciais. Características como empatia e sua forma de expressão, personalidade, capacidade de acolhimento e construção de um espaço confiável, constituem elementos imprescindíveis para criação e manutenção do vínculo. Outras características relacionadas à sua atitude, como a forma com que maneja as técnicas, através de uma postura aberta e receptiva, pautado por atitude neutra, sem julgamento e calorosa repercutem de forma positiva na psicoterapia, respeitando as especificidades de cada paciente.

Dos aspectos do paciente que receberam destaque na construção da AT, ressaltam-se a presença de sofrimento, desejo e expectativa de que receberá ajuda e obterá mudanças, bem como apresentar atitude colaborativa, compromisso com seu tratamento e características de personalidade. A motivação do paciente para com o tratamento foi o aspecto encontrado como condição principal para possibilitar maior abertura à nova relação, para aderir, manter e colaborar no processo psicoterápico. Quando estes elementos não estão presentes, podem surgir obstáculos ao estabelecimento do tratamento, podendo levar à interrupção.

A compreensão dos participantes sobre a AT como um vínculo colaborativo e pautado na confiança em relação ao psicoterapeuta foi relacionado de modo significativo como condição

para adesão do paciente ao tratamento, reduzindo a probabilidade de interrupção. Assim como, foi evidenciado como um requisito para efetivar a psicoterapia e alcançar as mudanças almejadas por intermédio da qualidade da AT. Ressalta-se que outros estudos sobre a temática da AT nas psicoterapias de orientação analítica e cognitivo-comportamental devem ser realizados, visto sua relevância para o tratamento como um todo.

## REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, S. J.; HILSENROTH, M. J. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. **Clinical Psychology Review**, v. 23, n. 1, p. 1-33, 2003.
- AGNEW-DAVIES, R.; BARKHAM, M.; GLICK, M. J.; HARDY, G. E.; OSATUKE, K.; REES, A.; SHAPIRO, D. A.; STILES, W. B. Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: are productive relationships u-shaped or v-shaped?. **Journal of Counseling Psychology**, v. 51, n. 1, p. 81-92, 2004.
- ARDITO, R. B.; RABELLINO, D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. **Frontiers in psychology**, v. 270, n. 2, p. 1-11, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BECKER, N. H. O.; BENETTI, S. P. C. Fatores associados à formação da aliança terapêutica na psicoterapia obrigatória. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 4, p. 296-304, 2014.
- BENETTI, S. P. C.; CUNHA, T. R. S. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 2, p. 48-59, 2008.
- BORDIN, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 16, n. 3, p. 252-260, 1979.
- CORBELLA, S.; BOTELLA, L. La alianza terapêutica: historia, investigación y evaluación. **Anales de Psicología**, v. 19, n. 2, p. 205-221, 2003.

CORBELLA, S.; ÁLVAREZ, H. F.; GUTIÉRREZ, L. A. S.; GARCÍA, F.; BOTELLA, L. Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. **Apuntes de Psicología**, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2008.

CORDIOLI, A. V.; GIGLIO, L. Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: Abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 42-57.

ENÉAS, M. L. E. Fundamentos da mudança psíquica: recursos para o manejo técnico em psicoterapia breve. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 2, n. 1, p. 75-94, 2000.

FREUD, S. O início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia** (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 163-192.

GOMES, F. G.; CEITLIN, L. H.; HAUCKS, S.; TERRA, L. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. **Revista de psiquiatria**, v. 30, n. 2, p. 109-140, 2008.

GOMES, F. G. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. (Org.). **Psicoterapia de orientação analítica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 238-248.

GREENSON, R. R. **A técnica e a prática da psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

HAUCK, S.; KRUEL, L.; SORDI, A.; SBARDELLOTTO, G.; CERVIERI, A.; MOSCHETTI, L., SCHESTATSKY, S.; CEITLIN, L. H. F. Fatores associados ao abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. **Revista de Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 265-273, 2007.

HONDA, G. C.; YOSHIDA, E. M. P. Mudança em pacientes de clínica-escola: avaliação de resultados e processos. **Paidéia**, v. 22, n. 51, p. 73-82, 2012.

HONDA, G. C.; YOSHIDA, E. M. P. Mudança em psicoterapia: indicadores genéricos e eficácia adaptativa. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 589-597, 2013.

HORVATH, A. O.; DEL RE, A. C.; FLÜCKIGER, C.; SYMONDS, D. Alliance in individual psychotherapy. **APA**, v. 48, n. 1, p. 9-16, 2011.

ISOLAN, L.; PHEULA, G.; CORDIOLI, A. V. Fatores comuns e mudanças em psicoterapia. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: Abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 58-73.

JARDIM, A. P.; SOUZA, M. L.; GOMES, W. B. **O self dialógico e a psicoterapia: uma compreensão dialógica da relação terapeuta-paciente**. Contextos Clínicos, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2009.

- JUNG, S. I.; SERRALTA, F. B.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 133-141, 2014.
- KIVLIGHAN, D. M.; SHAUGHNESSY, P. Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. **Journal of Counseling Psychology**, v. 42, n. 3, p. 338-349, 1995.
- MACHADO, D. B.; EIZIRIK, C. L. Uma breve revisão das revisões e metanálises sobre aliança terapêutica. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2016.
- MARCOLINO, J. A. M.; IACOPONI, E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 88-95, 2001.
- MARCOLINO, J. A. M.; IACOPONI, E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 78-86, 2003.
- MONDARDO, A. H.; PIOVESA, L.; MANTOVANI, P. C. A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. **Aletheia**, v. 30, p. 158-171, 2009.
- MONDRZAK, V. S. Teorias da ação terapêutica. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. (Org.). **Psicoterapia de orientação analítica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 115-127.
- MURTA, S. G.; ROCHA, S. G. M. Instrumento de apoio para a primeira entrevista em psicoterapia cognitivo-comportamental. **Psicologia Clínica**, v. 26, n. 2, p. 33-47, 2014.
- OLIVEIRA, N. H.; BENETTI, S. P. C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 3, p. 125-138, 2015.
- PEIXOTO, M. E.; HONDA, G. C.; ENÉAS, M. L. E.; ROCHA, G. M. A.; SILVA, S. M.; WIETHAEUPER, D. Caso Vera: intervenções do psicoterapeuta e aliança terapêutica. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 1193-1203, 2016.
- PIETA, M. A. M.; GOMES, W. B. G. Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?. **Contextos Clínicos**, v. 10, n. 1, p. 130-143, 2017.
- SANCHES, R. P. Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. **Estudos em Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 383-389, 2009.
- SERRALTA, F. B.; BENETTI, S. P. C.; BRAGA, P.; SANCHEZ, L. F.; RUARO, C. K.; ARALDI, M. O.; YOSHIDA, E. M. P. Como ocorre a mudança em psicoterapia? Um estudo empírico do processo de uma psicoterapia breve. **Psicologia Clínica**, v. 28, n. 1, p. 183-200, 2016.
- SHARF, J.; PRIMAVERA, L. H.; DIENER, M. J. Dropout and therapeutic alliance: A metaanalysis of adult individual psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 47, n. 4, p. 637-645, 2010.

SIMONI, L.; BENETTI, S. P. C.; BITTENCOURT, A. A. Intervenções do terapeuta psicanalítico no processo psicoterapêutico de uma paciente com transtorno de personalidade borderline. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 1499-1512, 2018.

SINGULANE, B. A. R.; SARTES, L. M. A. Aliança terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais por videoconferência: uma revisão da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 784-798, 2017.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: Um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOSHIDA, E. M. P. Avaliação de mudança em processos terapêuticos. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 2, n. 2, p. 115-127, 1998.

ZIMERMANN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 1999.