

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
CURSO DE MESTRADO**

ELIANE BERNADETE FERREIRA

**UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O PADRÃO TRANSFERENCIAL E A
ALIANÇA TERAPÊUTICA DE PACIENTES EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA**

Porto Alegre

Agosto 2006

ELIANE BERNADETE FERREIRA

**UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O PADRÃO TRANSFERENCIAL E A
ALIANÇA TERAPÊUTICA DE PACIENTES EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas: Psiquiatria, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Profa. Dr. Lúcia Helena Freitas Ceitlin
Orientadora

Profa. Dr. Maria Lúcia Tiellet Nunes
Co-orientadora

Porto Alegre

Agosto 2006

Para

Marcelo, Deborah, Mano e Aulinda

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dr. Lúcia Helena Freitas Ceitlin, minha orientadora, pela presença constante, estímulo e sabedoria, ações que tornaram possível a realização deste estudo.

À Profa. Dr. Maria Lúcia Tiellet Nunes, minha co-orientadora, pela participação e conhecimento científico que dirigiu a este trabalho.

À Luciana Terra, Simone Hauck, Daniela Benzano, Elizabeth Meyer, Ana Flávia Lima, Neusa Sicca da Rocha, aos estudantes de Medicina que participaram deste estudo, por sua colaboração organizada e eficiente.

Ao Departamento e Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal, ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professores e funcionários pelo apoio na realização deste trabalho.

Aos pacientes e terapeutas, por sua disponibilidade e boa vontade em participar.

À minha família: Marcelo, meu esposo e amigo, meus filhos, Deborah e Mano, meus pais, João e Aulinda, minhas irmãs, meus sogros, meu profundo reconhecimento pela presença, estímulo, confiança e compreensão sempre dedicados.

RESUMO

Introdução: A discussão sobre a relação entre transferência e aliança terapêutica iniciou na primeira metade do século passado. Um de seus marcos foi a polêmica entre Anna Freud (1927) e Melanie Klein (1926). A primeira ressaltava o papel do ego, salientando a importância da aliança terapêutica. A segunda não considerava o conceito de aliança terapêutica. Acreditava que a relação paciente-terapeuta teria origem nas relações primitivas de objeto, na relação da criança com o seio. A controvérsia sobre a questão prosseguiu, sendo a Escola Psicologia do Ego a que mais defendia o papel da aliança como autônoma, não influenciada pelos impulsos inconscientes. Após o Congresso de Genebra, em 1955, o posicionamento de muitos autores foi se modificando. Até mesmo integrantes da Psicologia do Ego passaram a não distinguir completamente estes dois conceitos e, de maneira geral, a literatura mostra uma tendência neste sentido. Porém, este assunto ainda apresenta contradições e existem poucos estudos empíricos exploratórios publicados. **Objetivo:** Esta dissertação tem como objetivo geral investigar a relação entre padrão transferencial e aliança terapêutica através do uso dos instrumentos *Relationship Patterns Questionnaire – RPQ* (KURTH et al., 2002; KURTH et al., 2004) – e *The Revised Helping Alliance questionnaire – HAq-II* (LUBORSKY et al., 1996), respectivamente. **Método:** Primeiramente, procedeu-se a adaptação transcultural do *RPQ* para o Português do Brasil, que envolveu a obtenção de licença dos autores, tradução, retrotradução, obtenção da equivalência semântica, consenso com profissionais da área da Psiquiatria e Psicologia e interlocução com a população alvo. Numa segunda fase de trabalhos, procedeu-se à investigação empírica a partir de estudo transversal com 63 pacientes do ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seus 27 terapeutas. Foram aplicados, então, os instrumentos para avaliação da transferência e aliança terapêutica. A coleta dos dados foi feita com duração média de uma hora, individualmente, para cada paciente. Os terapeutas preencheram a versão correspondente do *HAq-II*. **Resultados:** Observou-se relação significativa entre algumas variáveis do padrão transferencial e a qualidade da aliança terapêutica,

como escores mais altos na variável submissão à mãe e ao pai e aliança terapêutica forte percebida pelo paciente; escores mais altos na escala de ataque à mãe e ao pai e aliança terapêutica fraca percebida pelo paciente. Muitas variáveis do *RPQ* não apresentaram relação significativa com a qualidade da aliança terapêutica.

Discussão: Os achados sugeriram que, muitas vezes, a aliança terapêutica pode estar relacionada com estereótipos de conduta dirigidos, no passado, às figuras primárias, o que a colocaria como manifestação da transferência. Outras variáveis de transferência não se mostraram relacionadas com a aliança, o que pode ser um fato ou reflexo de limitação metodológica, como número de sujeitos insuficiente ou limitações nos instrumentos usados neste estudo. **Conclusão:** A aliança terapêutica nem sempre se apresenta como entidade autônoma, livre de conflitos. É importante que a mesma seja entendida e não somente julgada como a parte estável e positiva da relação. Isto pode ser verdade em muitos casos, mas, em outros, a aliança terapêutica pode estar vinculada a fantasias inconscientes que desencadeiam o processo da transferência.

Descritores: Aliança terapêutica; Psicoterapia psicanalítica; *Relationship Patterns Questionnaire*; *The Revised Helping Alliance questionnaire*; Transferência.

ABSTRACT

Introduction: The discussion of the relationship between transference and therapeutic alliance began during the first half of the last century. One of its milestones was the controversy between Anna Freud (1927) and Melanie Klein (1926). The former emphasized the role of the ego, stressing the importance of the therapeutic alliance. The second did not consider the concept of therapeutic alliance. She believed that the patient-therapist relationship began in the primitive object relations, in the relationship between the child and the breast. The controversy concerning the issue continued, and the Ego Psychology School was the one that most advocated the role of the alliance as autonomous, uninfluenced by unconscious impulses. After the Congress of Geneva, in 1955, the position taken by many authors gradually changed. Even participants in Ego Psychology began to no longer distinguish completely between these two concepts and, generally, the literature shows a trend towards this. However, this subject still presents contradictions and few exploratory empirical studies have been published. **Objective:** The general objective of this dissertation is to investigate the relationship between the transferential pattern and therapeutic alliance using the Relationship Patterns Questionnaire - RPQ (KURTH et al., 2002; KURTH et al., 2004) and The Revised Helping Alliance questionnaire – HAq-II (LUBORSKY et al., 1996) instruments, respectively. **Method:** First the RPQ was transculturally adapted to Brazilian Portuguese. This involved obtaining permission from the authors, translation, backtranslation, semantic equivalence, consensus of the professionals in the field of Psychiatry and Psychology, and interlocution with the target population. In a second phase of the studies, an empirical investigation was performed through a cross-sectional study of 63 patients from the Psychoanalytic Psychotherapy outpatient clinic at Hospital de Clínicas de Porto Alegre and their 27 therapists. Then, the instruments to evaluate transference and therapeutic alliance were applied. Data were collected for a mean duration of an hour, individually for each patient. The therapists completed the corresponding version of the HAq-II. **Results:** A significant relationship was observed between some variables of the transferential pattern and

the quality of the therapeutic alliance, as higher scores in the variable submission to mother and father, and a strong therapeutic alliance perceived by the patient, higher scores in scale of attacking the mother and father, and weak therapeutic alliance perceived by the patient. Many variables of the RPQ did not present a significant relationship with the quality of the therapeutic alliance. **Discussion:** The findings suggested that, often, the therapeutic alliance may be related to the behavior stereotypes oriented, in the past, to primary figures, which would make it a manifestation of transference. Other transference variables did not show any relationship with the alliance, which may be a fact or a reflection of a methodological limitation, such as insufficient number of subjects, or limitations in the instruments used for this purpose. **Conclusion:** The therapeutic alliance does not always appear like an autonomous, conflict-free entity. It is important that it be understood and not only judged as the stable and positive part of the relationship. This may be true in many cases, but in others the therapeutic alliance may be connected to unconscious fantasies that trigger the transference process.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy; Relationship Patterns Questionnaire; The Revised Helping Alliance questionnaire; Therapeutic alliance; Transference.

LISTA DE ABREVIATURAS

CALPAS	<i>California Psychotherapy Alliance Scale</i>
CCRT	<i>Core Conflictual Relationship Theme</i>
CRQ	<i>Central Relationship Questionnaire</i>
DSQ	<i>Defense Style Questionnaire</i>
DSQ-40	<i>Defense Style Questionnaire – versão de 40 questões</i>
HAq-I	<i>Helping Alliance questionnaire</i>
HAq-II	<i>The Revised Helping Alliance questionnaire</i>
IIP	<i>Inventory of Interpersonal Problems</i>
IRP	<i>Interpersonal Relationship Patterns Questionnaire</i>
MTAS	<i>Menninger Therapeutic Alliance Scale</i>
RPQ	<i>Relationship Patterns Questionnaire</i>
SASB	<i>Structural Analysis of Social Behavior</i>
SRQ-20	<i>Self-report Questionnaire</i>
TWA	<i>Therapeutic Working Alliance</i>
VTAS	<i>Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale</i>
WAI	<i>Working Alliance Inventory</i>

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	6
LISTA DE ABREVIATURAS	8
1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA	13
2.2 PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA E PSICANÁLISE	14
2.3 PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA – ASPECTOS ESSENCIAIS	17
2.4 TRANSFERÊNCIA: TÓPICAS DA TEORIA DE SIGMUND FREUD	18
2.5 TRANSFERÊNCIA: OUTRAS CONTRIBUIÇÕES RELEVANTES.....	26
2.6 CONTRATRANSFERÊNCIA.....	29
2.7 TRANSFERÊNCIA E ALIANÇA TERAPÊUTICA	32
2.8 INSTRUMENTOS	35
3 JUSTIFICATIVA	44
4 OBJETIVOS	46
4.1 OBJETIVO GERAL	46
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
5 HIPÓTESES	47
6 ASPECTOS ÉTICOS	48
7 ARTIGO 1 - ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DO QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÃO DE RELACIONAMENTOS <i>BEZIEHUNGS-MUSTER FRAGEBOGEN - BEMUS-3</i>	49
8 ARTIGO 2 - UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O PADRÃO TRANSFERENCIAL E A ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA	65
9 ARTIGO 2 (VERSÃO EM INGLÊS) - A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE TRANSFERENTIAL PATTERN AND THERAPEUTIC ALLIANCE IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY	89
10 CONCLUSÕES	112
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	122
ANEXOS	126

1 INTRODUÇÃO

A relação entre transferência e aliança terapêutica é uma questão ainda controversa nos dias de hoje. Desde o início do século passado, o tema tem dividido a opinião dos autores. Tem-se por definição de aliança terapêutica a relação estável e positiva entre terapeuta e paciente ou a base indispensável para o tratamento (ZETZEL, 1956). Mas onde se enquadra este construto? É uma entidade a parte? Está inclusa na transferência?

Freud, no seu artigo A dinâmica da transferência, em 1912, disse que a transferência positiva sublimada seria o veículo motor para qualquer tipo de tratamento. Não separou, portanto, a aliança terapêutica da transferência. Muitos autores, porém, consideravam distintos estes dois conceitos, principalmente, os seguidores da Escola Psicologia do Ego. Hoje, a maioria dos autores, inclusive os desta Escola, concorda com Freud e enquadra a aliança como um aspecto da transferência.

Freud, no entanto, separou o veículo motor do tratamento da transferência negativa e da transferência erótica, o que também entrou em questionamento. Hoje, admite-se que a aliança terapêutica pode ter relação com a transferência positiva e, até mesmo, com a negativa, lembra Etchegoyen (1989).

A polêmica maior acerca desta associação deu-se nos anos vinte do século passado entre Anna Freud (1927) e Melanie Klein (1926), numa discussão sobre a técnica de análise de crianças. A primeira acentuava o papel do ego e a análise das defesas, alegando que nem todas as crianças desenvolviam transferência. Ressaltava a importância da aliança terapêutica para o seguimento do tratamento analítico e a relacionava com a parte sadia da personalidade. Melanie Klein desconsiderava a aliança como construto. Atribuía toda a relação paciente-terapeuta à transferência, a qual teria origem nas relações primitivas de objeto, na relação da criança com o seio, nas fantasias e ansiedades primitivas. As relações objetais dar-

se-iam desde o início da vida da criança e todas as crianças desenvolveriam transferência.

O ponto de vista de Anna Freud foi seguido por Zetzel, em 1956, que considerou a aliança terapêutica como distinta da neurose de transferência. Antes desta posição de Zetzel, temos Sterba (1934), que também localizava a aliança como separada do complexo inconsciente. Sterba postulou a teoria da dissociação terapêutica do ego seguindo uma identificação com o analista. Identificado com a atitude de reflexão e compreensão do analista, o ego do paciente se dissociaria. Uma das partes faria o vínculo com o analista para o trabalho terapêutico e outra parte incluiria os impulsos do id, as ordens do superego e as defesas do ego. Hartmann (1939) lançou a teoria da zona livre de conflitos, a qual também ficaria separada da fantasia inconsciente.

Após o Congresso de Genebra, em 1955, passou-se a observar modificações e questionamentos por parte de vários autores. A própria Zetzel (ZETZEL; MEISSNER, 1974) remete a aliança terapêutica ao nível de conflito pré-genital. Esta autora já não distingue de forma definitiva a transferência da aliança terapêutica. Infere que quando a análise da transferência chega em níveis de conflitos pré-genitais, ambas tendem a se mesclar.

De modo geral, a tendência na literatura vem num crescente acerca do entendimento de que a aliança constitui um aspecto da transferência. Mas ainda há opiniões contrárias (SHANE, 2000) e questionamentos.

No período de 1971 a julho de 2006, a base de dados PsycINFO traz um total de 390 artigos ao usar-se os termos *transference and therapeutic alliance* (sem especificações). Ao usar-se os termos *transference and therapeutic alliance* como conceitos-chave, encontra-se 44 artigos nesta base de dados. A base de dados MEDLINE traz 80 artigos no período de 1966 a julho de 2006, ao usar-se os termos *transference and therapeutic alliance*. Todos os resumos referentes aos trabalhos destas bases de dados foram lidos e selecionaram-se aqueles diretamente relacionados com este estudo. Apenas dois trabalhos investigaram a relação empírica destes dois construtos de forma similar à realizada nesta dissertação. Um deles encontrou associação estatisticamente significativa entre transferência e

aliança terapêutica (HENTSCHEL; KIESSLING; RUDOLF, 1997), enquanto o outro não encontrou (VERGA et al., 1999). Esses trabalhos encontram-se descritos adiante na revisão de literatura. Hentschel considera que a carência deste tipo de estudo, apesar das controvérsias referentes à questão na literatura, deve-se ao fato de ser bastante assumido que a percepção interpessoal influenciada pela transferência é difícil de ser medida, mas ele mesmo responde que os avanços no instrumental usado para este tipo de investigação, que está ocorrendo cada vez mais, vêm permitindo maior clareza para essas abordagens.

Assim, qual a importância de situar a aliança terapêutica no contexto da relação paciente-terapeuta? De concluir se faz parte da transferência ou se pertence a uma zona livre de conflitos, a parte sadia da personalidade? Crê-se parecer lógico que este entendimento é a compreensão do próprio paciente. Se este faz uma aliança forte com o terapeuta, isto, necessariamente, significa boa evolução do tratamento? Ou esta aliança forte pode estar ligada a impulsos ou fantasias do complexo inconsciente, nem sempre integrantes do que Freud chamou de transferência positiva? Pensar, investigar e entender os componentes da aliança que o paciente faz na relação terapêutica pode permitir que se conheçam mais suas angústias e fantasias, ou seja, pode-se configurar num risco para o tratamento considerar sempre a aliança como relacionada à parte sadia do paciente sem tentar compreender seu significado. Por exemplo, um paciente com padrão de relação submisso não poderia fazer uma aliança forte pela razão de ser submisso? Talvez a relevância maior deste estudo esteja em perceber o risco de não pensar o que chamamos de aliança, limitando-nos a uma abordagem superficial da questão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

A partir do final dos anos oitenta do século XX, foi-se tornando cada vez mais necessária a substituição da opinião clínica exclusiva por observações confiáveis e empiricamente seguras, idealmente baseadas em estudos controlados e randomizados (FONAGY, 2005).

Jiménez, Buguña e Belmar (1995), referindo-se à necessidade de um modelo de análise do sistema de atenção psicoterapêutica, lembraram que um aumento na demanda por este serviço vem ocorrendo a passos rápidos nos países latinos, fruto das mudanças sociopolíticas e econômicas sofridas nas últimas décadas. A resultante via acelerada de modernização no contexto de um sistema econômico de livre mercado em expansão, aliado à introdução maciça de avanços tecnológicos, traz alterações significativas no meio sociocultural, com mudanças nas normas e valores que exigem um maior grau de adaptabilidade individual e coletiva, o que, normalmente, acompanha-se de graus crescentes de estresse, aumentando a necessidade de tratamentos na área de saúde mental, entre eles, a psicoterapia e a psicanálise.

Poch e Ávila (1998), traçando um panorama sobre as psicoterapias, afirmam que a demanda por atenção psicoterapêutica segue um crescimento geométrico em nossa sociedade industrial. Estudos empíricos acerca da eficácia das intervenções psicológicas têm inundado o panorama atual. Porém, a investigação sobre fatores comuns do terapeuta, do paciente e da relação, ainda não permite conclusões claras.

Esses mesmos autores argumentaram que os dilemas da psicoterapia já se iniciam no instante em que se pretende defini-la. Referiram até 36 definições, número este que seguiria aumentando. Poch e Ávila (1998) a definiram como um conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicado, de caráter interdisciplinar quanto a seus objetivos e multiprofissional em sua prática. Quanto à origem, estes autores

consideraram-na derivada de modelos teóricos e de investigação de diferentes ciências e que tem como finalidade principal a melhora, por meios psicológicos, dos transtornos do comportamento e/ou a indução de mudanças estáveis nos diferentes níveis de expressão da conduta. O resultado, completam, seria o aumento do bem-estar biopsicossocial dos indivíduos em sociedade.

O desejo de avaliar a efetividade dos tratamentos e seus resultados iniciou-se junto com a prática da psicoterapia. É certo que suas raízes devam buscar-se na remota Antigüidade. Contudo, o início da psicoterapia atual foi contemporâneo à aparição da psicanálise, com Freud. A evolução das terapias dinâmicas ocorreu de forma que a implantação do modelo psicanalítico ganhou um amplo espaço em todas as sociedades em nível mundial (JIMÉNEZ; BUGUÑA; BELMAR, 1995). Os primeiros trabalhos de avaliação iniciaram-se no seio dos círculos psicanalíticos. A revisão sobre a história da investigação em psicoterapia apontou a efetividade da psicoterapia, a efetividade das diferentes escolas e os fatores comuns (características do terapeuta, expectativas do paciente, credibilidade da terapia utilizada, etc.) como construtos bastante utilizados na pesquisa empírica. As investigações sobre o processo da psicoterapia psicanalítica envolvem a produção dos pacientes no contexto das sessões, a associação livre e seu incremento ao longo do processo em função da pertinência das interpretações, as regras básicas do tratamento e grau de aderência dos terapeutas, a interpretação e seus efeitos, o *insight* manifesto e latente, a transferência e a contratransferência.

2.2 PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA E PSICANÁLISE

Etchegoyen (1989) afirmou que a psicoterapia começou a ser científica na França, no século XIX, quando se desenvolveram duas grandes escolas sobre a sugestão, em Nancy, com Liébeault e Bernheim, e na Salpêtrière, com Jean-Martin Charcot. Ele situou o nascimento da psicoterapia a partir do hipnotismo do século XIX e ressaltou seus antecedentes, desde Hipócrates até o Renascimento, considerando Vives (1492-1540), Paracelso (1493-1541) e Agripa (1486-1535) como iniciadores de uma renovação que culmina com Johann Weyer (1515-1588). Etchegoyen (1989) frisou que estes pensadores não ofereciam um tratamento

psíquico. Apenas tentavam dar uma explicação natural para as causas da enfermidade mental.

Wallerstein (1995), em seu livro *The talking cures*, iniciou o capítulo sobre a origem da psicanálise afirmando que, apesar das raízes da moderna psicologia e psicoterapia dinâmica remontarem, de forma longínqua na história, a profetas, pensadores, sacerdotes e pessoas ligadas à medicina primitiva, elas, de fato, derivam da psicologia científica inovada por Freud. Os fundamentos da terapia científica foram definidos por ele em 1905, no estudo *Sobre Psicoterapias*, onde ele faz a distinção entre método catártico e analítico. Wallerstein (1995) também atribuiu a Sandor Ferenczi um papel importante na consolidação da psicoterapia psicanalítica através de esforços para aumentar a efetividade da psicanálise como terapia, com o desenvolvimento de técnicas de terapia ativa e da intensificação do relacionamento terapêutico afetivo como veículo central do processo curativo.

Gabbard (2005) esclareceu que os adjetivos psicanalítica e psicodinâmica têm, cada vez mais, sido usados como sinônimos. Ambos derivam-se de princípios básicos da psicanálise, entre eles, a transferência, contratransferência, resistência, dinâmica inconsciente e determinismo psíquico. E prossegue, o autor, afirmando que, embora Freud tenha sido originalmente treinado como um neurologista, sob a influência do neurologista francês Jean-Martin Charcot, ele interessou-se pelos mistérios da histeria. Mais tarde, colaborou com Josef Breuer no uso da sugestão hipnótica no tratamento de pacientes que sofriam deste problema. Em 1895, na obra *Estudos sobre a Histeria*, Breuer e Freud argumentaram que pacientes histéricos sofriam de reminiscências, sugerindo que uma idéia inaceitável e reprimida fosse responsável pelos sintomas da doença.

Etchegoyen (1989) lembrou os traços característicos das psicoterapias. Como método, dirige-se à psiquê através da comunicação. Seu instrumento de comunicação é a palavra. O marco, a relação interpessoal médico-paciente.

Wallerstein (2005) afirmou que a psicoterapia psicodinâmica é, na verdade, a única contribuição caracteristicamente americana para a prática psiquiátrica moderna. Explicou seu surgimento através da confluência de inúmeras tendências sociais e intelectuais nos Estados Unidos:

da tentativa consciente da psicanálise de aliar-se à psiquiatria e à medicina organizadas e de cooptar a psiquiatria para as idéias psicanalíticas; da ampla aceitação na psiquiatria americana da doutrina psicobiológica de Adolf Meyer, com ênfase nos relatos de caso para mostrar as relações causais das experiências de vida; do crescimento do movimento de higiene mental, com suas exigências positivas por intervenções de saúde mental mais orientadas; do impacto da educação americana progressiva, sob a liderança do filósofo-educador John Dewey; e de outras idéias pragmaticamente otimistas (WALLERSTEIN, 2005, p. 45).

Freud (1918) ressaltou que a psicoterapia de orientação analítica não é apenas o resultado da fusão livre entre o ouro puro da psicanálise com o cobre da sugestão direta. Schestatsky et al. (2005) fizeram um panorama entre os limites destas duas modalidades de tratamento, salientando a dificuldade de lidar com precisões neste campo. Enfocaram, então, sete questões principais referentes às peculiaridades da psicoterapia psicanalítica:

- 1) Não visa ao desenvolvimento de uma neurose transferencial regressiva plena, que, na psicanálise, é elaborada pelo trabalho interpretativo sistemático;
- 2) Utiliza a transferência de forma menos sistemática e dentro de áreas limitadas do funcionamento mental do paciente;
- 3) Está indicada para pacientes com neuroses sintomáticas, neuroses de caráter ou transtornos da personalidade, com as abordagens terapêuticas limitadas à capacidade psicológica do paciente;
- 4) Os objetivos de máximo benefício terapêutico têm prioridade sobre o máximo conhecimento sobre si mesmo;
- 5) Utiliza combinações de interpretações transferenciais e extratransferenciais, clarificações, confrontações, sugestões e facilitações de ab-reações;
- 6) Engloba um leque abrangente de indicações de tratamento devido à sua flexibilidade de adaptação às condições psicopatológicas do paciente;
- 7) Schestatsky et al. (2005), ainda, ressaltam a importância da supervisão nesta modalidade de tratamento, importante para o manejo dos aspectos

transferenciais e contratransferenciais envolvidos, bem como para suporte teórico, aliada a outras formas de informação teórica adequadas.

2.3 PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA – ASPECTOS ESSENCIAIS

Em Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo, Gabbard (2005) escreveu que a sede de compreender, de conhecer a si mesmo, persiste a despeito da assistência gerencial, da mentalidade de rápidas soluções de nossa sociedade e do progresso notável na psicofarmacologia.

A psicoterapia psicanalítica é uma das modalidades de tratamento que pode atender aos objetivos citados por Gabbard (2005). Sua técnica fundamenta-se em alguns princípios oriundos da psicanálise.

A seguir, são destacadas as abordagens básicas sobre esses princípios fundamentais da psicoterapia psicanalítica:

- Funcionamento mental inconsciente – É consenso entre os autores que a ênfase na vida mental inconsciente segue o centro da psicoterapia psicanalítica.

Freud (1905) teorizou dois modelos principais de organização da mente. O topográfico divide a mente em domínios hierárquicos: o consciente, o pré-consciente e o inconsciente. O consciente inclui o conteúdo que está, em nossa mente, à nossa disposição. O pré-consciente, o conteúdo que facilmente pode ser trazido à consciência. O inconsciente, um reservatório de conteúdos dinamicamente reprimidos, não facilmente trazidos à consciência. Algumas formas de acesso ao material inconsciente seriam os sonhos, lapsos, atos falhos, parapraxias, transferência e contratransferência.

Em 1923, Freud introduziu o modelo estrutural incluindo três instâncias psíquicas: ego, id, superego. O ego é considerado distinto das pulsões agressivas e sexuais, apresentando aspectos conscientes e inconscientes. Os aspectos conscientes incluem as funções executivas da mente e os

aspectos inconscientes incluem os mecanismos de defesa que objetivam contrapor os impulsos instintuais do id, como os impulsos sexuais e os agressivos, considerados pulsões básicas. O id é uma instância totalmente inconsciente, controlado pelos aspectos inconscientes do ego e pelo superego. O superego é predominantemente inconsciente, formado a partir das identificações inconscientes com as figuras dos pais e outras pessoas significativas.

- Conflito psíquico – A teoria que envolve o conflito psíquico baseia-se no funcionamento mental inconsciente e só é descrita em separado por finalidades didáticas. As três instâncias intrapsíquicas citadas anteriormente estão em constante conflito. As pulsões do id buscam expressão para descarga (sexualidade e agressão), provocando ansiedade sinalizadora. O ego é alertado para a necessidade da defesa, ocorrendo, desse modo, um compromisso ou conciliação entre o id e o ego. Assim, resulta o sintoma que defende contra o surgimento do desejo proveniente do id e o gratifica de forma simbólica (FREUD, 1926).
- Determinismo psíquico – Refere-se à noção de que todos os acontecimentos da vida mental são influenciados por eventos anteriores do desenvolvimento. O que fazemos com nossas vidas é moldado por forças inconscientes em relacionamento dinâmico umas com as outras.

As abordagens sobre os temas de transferência, contratransferência e aliança terapêutica, também elementos fundamentais na psicoterapia psicanalítica, serão apresentadas nesta revisão em tópicos específicos.

2.4 TRANSFERÊNCIA: TÓPICAS DA TEORIA DE SIGMUND FREUD

A primeira parte deste trabalho, tópicos da teoria da transferência segundo Sigmund Freud, não tem como objetivo resumir as considerações deste autor, nem colocar nestas linhas todos os aspectos importantes de suas obras no tocante à transferência. Isto não seria possível. A obra de Freud não é resumível, nem sintetizável. Lendo seus escritos, constata-se que a cada linha há uma informação

nova, diferente das anteriores sem lhes ser oposta ou acrescida de dados que aprofundam a informação anterior. Assim, busca-se colocar nestas páginas iniciais apenas algumas considerações sobre esta teoria, algumas tópicas, por estarem bastante relacionadas com o estudo desta dissertação. Tem-se a certeza, porém, que outros muitos importantes aspectos sobre o tema estão omitidos, pois sua obra não é resumível nem sintetizável, beirando, em muitos momentos, segundo suas próprias palavras, os limites da fisiologia.

No pós-escrito do Fragmento da Análise de um Caso de Histeria, publicado em 1905, Freud afirmou, com segurança, que, durante o tratamento psicanalítico, a formação de novos sintomas é, invariavelmente, interrompida. Mas os poderes criadores da neurose não foram destruídos, e, sim, empenham-se na criação de uma classe especial de estruturas mentais, em sua maior parte, inconscientes, acrescenta, às quais pode-se chamar transferências.

Etchegoyen (1989) relatou que a teoria da transferência é uma das maiores contribuições de Freud à ciência e pilar do trabalho psicanalítico. Considerou que o central da teoria nasceu pronto na mente de seu autor, apesar dos detalhes terem sido elaborados pouco a pouco. Comentou que, em fins de 1882, quando Breuer contou a Freud o tratamento de Anna O, que terminou com um intenso amor de transferência e uma contratransferência assustada, não pareceu que Freud estabeleceu, de momento, a conexão entre o enamoramento e a terapia. Mas já no início da década de 90, comentou com Breuer que também havia lhe acontecido algo similar com uma paciente, pelo qual considerava que o fenômeno era inerente à histeria. Nos anos que se seguiram, foi amadurecendo as bases de sua teoria e, quando escreveu Estudos sobre a Histeria (BREUER; FREUD, 1895), a idéia de transferência ficou definida categoricamente.

Mas foi, em 1905, no pós-escrito do caso Dora, que Freud desenvolveu a idéia central da teoria da transferência.

“Que são transferências? São as novas edições ou fac-símiles dos impulsos e fantasias que são criados e se tornam conscientes durante o andamento da análise”. “É renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente” (p. 113).

Nesta mesma obra, chamou de novas impressões às transferências cujo conteúdo difere de seu modelo original apenas no tocante à substituição do objeto ao qual é dirigida e edições revistas, quando seu conteúdo aparece sujeito a uma influência moderadora, como alguma particularidade real na pessoa ou situação do médico. Freud disse que a transferência é uma necessidade inevitável, sendo que, somente depois de analisada é que o paciente atinge um sentido de convicção da validade das construções estabelecidas durante a análise. Explicou que o trabalho do médico não é aumentado pela transferência, porque não faz diferença dominar qualquer impulso particular do paciente que esteja em ligação com ele ou com outra pessoa. Percebe-se que Freud ainda não considerava o conceito de contratransferência, o qual só será definido por ele mais tarde, em 1910. As transferências, completou, não são criadas pelo tratamento psicanalítico, que apenas as revela. Neste tratamento, todas as tendências do paciente, inclusive as hostis, vêm à tona, transformam-se em conscientes e são, assim, destruídas. Colocou a transferência como um obstáculo predestinado à psicanálise que, se for detectada e interpretada ao paciente, torna-se seu mais poderoso aliado.

Sobre a análise de Dora, Freud (1905) concluiu que a transferência o pegou desprevenido. No primeiro sonho da paciente, ela aconselhava-se a abandonar o tratamento como abandonara, anteriormente, a casa de Herr K. Ele afirmou que se tivesse traduzido para Dora o que estava ocorrendo, a atenção da paciente voltar-se-ia, então, para algum detalhe da relação de ambos sob o qual estava oculto algo semelhante em relação a Herr K. Não detectada a tempo a transferência, a paciente abandonou o tratamento, sentindo-se vingada, então, de Herr K. Além disso, Freud alertou que se os impulsos cruéis e estímulos de vingança são transferidos para o médico, antes que o mesmo tenha tempo de se livrar deles, remontando-os às suas origens, o paciente pode se mostrar insensível a seus métodos terapêuticos.

Em Cinco Lições de Psicanálise (1909), Freud discorreu sobre o curso da repressão. Expelido da consciência e da lembrança, o impulso continua a existir no inconsciente à espera de oportunidade para se revelar, havendo a formação de um substituto do reprimido, disfarçado e irreconhecível, para lançar à consciência algo que também traz a sensação de desprazer que se julgava resolvida pela repressão. O sintoma – substituição da idéia reprimida – é protegido contra as forças defensivas do ego e, em lugar do conflito, dá-se um sofrimento interminável. Alerta que no

sintoma podem reconhecer-se traços de semelhança com a idéia primitivamente reprimida.

Neste ponto, cabe um parêntese para prestarmos atenção na explicação que Freud dirigiu ao processo de formação do sintoma. Em *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, Freud (1926) disse que o sintoma é, então, uma conseqüência do processo de repressão. É um sinal de um substituto, de uma satisfação instintual que permaneceu em estado latente. A repressão, completou Freud, processa-se a partir do ego quando este se recusa a se associar com uma catexia instintual provocada no id. Respondendo ao seu próprio questionamento de como o ego poderia exercer uma influência muito ampla sobre os processos do id, Freud afirma que é devido às suas vinculações íntimas com o sistema perceptual. Quando o ego se opõe a um processo instintual do id, para conseguir encaminhar o processo de repressão ele conta com a ajuda de uma instituição quase onipotente, ressaltou Freud, o princípio do prazer, que é acionada pelo sinal de desprazer. E com que energia é liberado o sinal do desprazer? O autor comparou este processo a uma tentativa de fuga. O ego retira sua catexia da porção instintual que deve ser reprimida e usa esta catexia para liberar o desprazer ou ansiedade. Ansiedade esta que já existia e é reproduzida como conformidade com uma imagem mnêmica já existente. Os estados afetivos, explica, têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primitivas e quando ocorre uma situação semelhante, são revividos como símbolos mnêmicos.

Voltando agora às citações de *As Cinco Lições de Psicanálise* (1909), Freud seguiu o raciocínio de que o tratamento psicanalítico, através da tradução da transferência, visa remontar o caminho até o impulso reprimido, ou seja, identificar os objetos de substituição e percorrer o trajeto inverso até o complexo inconsciente. Concluiu que, quando o reprimido é tornado consciente, o conflito psíquico alcança uma solução mais feliz do que a oferecida pela repressão. Freud exemplificou estas soluções de três formas: ou o paciente aceita este desejo total ou parcialmente ou o sublima, conduzindo-o para um alvo irrepreensível e mais elevado ou reconhece como justa a repulsa. Mas mesmo neste último exemplo, o impulso já é consciente e a repressão pode ser substituída por um julgamento dentro do princípio da realidade – o princípio do prazer é substituído pelo princípio da realidade que não abandona a intenção de obter prazer, mas exige o adiamento da satisfação, o abandono de uma

série de possibilidades de obtê-la e a tolerância temporária do desprazer (FREUD, 1920).

O processo da transferência foi descrito por Freud em A dinâmica da transferência (1912). Segundo o autor, cada indivíduo desenvolve uma forma própria de se conduzir na vida erótica. Esta forma se dá através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas nos primeiros anos e apresenta-se como um clichê estereotípico repetido no decorrer da vida. Estes clichês são formados por impulsos e somente uma parte destes passou por todo o processo de desenvolvimento psíquico. Esta parte, prosseguiu Freud, está dirigida para a realidade, acha-se à disposição do consciente. Outra parte dos impulsos libidinais foi retida no curso do desenvolvimento, afastada da consciência e da realidade. Se a necessidade que alguém tem de amar não é satisfeita pela realidade, é muito provável que tenha idéias libidinais antecipadas frente a novas pessoas que encontre e, nesta busca, participarão a porção consciente e a inconsciente da libido, guiadas, respectivamente, pelo princípio da realidade e do prazer – a libido é colocada em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final visa coincidir com uma redução desta tensão (evitação do desprazer) (FREUD, 1920). Desta forma, é esperado que a libido de alguém insatisfeito, catexia pronta por antecipação, dirija-se também à figura do médico. Esta catexia virá suportada pelos clichês estereotípicos, ou seja, o médico será incluído numa das séries psíquicas que o paciente já formou. Assim, a transferência excede o sensato e o racional, visto que é estabelecida não apenas pelos impulsos conscientes, mas, também, pelos inconscientes, retidos no processo do desenvolvimento. Daí sua resposta inadequada, desajustada, inapropriada, irracional, adjetivou Freud.

Sobre o fato de a transferência aparecer na psicanálise na forma de resistência, Freud (1912) iniciou seu raciocínio abordando a introversão. Na ausência de satisfação no mundo real,

a parte da libido que é capaz de se tornar consciente e se acha dirigida para a realidade é diminuída, e a parte que se dirige para longe da realidade e é inconsciente, e que, embora possa ainda alimentar as fantasias do indivíduo, pertence, todavia, ao inconsciente, é proporcionalmente aumentada (p. 136).

A libido entra, então, num curso regressivo que vai reativar as imagos infantis e estas, por sua vez, serão reeditadas na figura do médico durante o tratamento, dando-se a transferência. O tratamento analítico passa a rastrear a libido até torná-la acessível à consciência. Porém, no momento em que a libido é retirada de seu esconderijo, irrompe-se o combate: as mesmas forças que fizeram com que a mesma regressasse erguer-se-ão como resistência ao tratamento para que se conserve a repressão. Lembremos que esta seqüência foi desencadeada pela frustração com a realidade e a fantasia predominante é a fuga do sofrimento. Resgatar a libido do inconsciente significaria, então, deparar-se com o sofrimento e, por isto, aparece a resistência. Vimos, então, um pólo de atração da libido que é a ausência de satisfação com a realidade. Outro forte pólo de atração fundamental para a introversão da libido são os complexos inconscientes. A libido está sempre sob a influência da atração dos complexos inconscientes, mas, quando a atração da realidade diminui, a força dos complexos inconscientes aumenta proporcionalmente, ocorrendo a regressão. Para liberar a libido, a atração do inconsciente deve ser superada, ou seja, a repressão dos instintos inconscientes deve ser removida. E, acrescentou Freud (1912), é responsável pela maior parte da resistência contra a qual a análise tem de lutar. A resistência acompanha o tratamento, passo a passo, segue, e toda manifestação do paciente representa uma conciliação entre as forças opostas que estão em luta.

Freud (1912) detalhou como a transferência aparece. É quando algo, dentro do complexo inconsciente, adapta-se à figura do médico, ou seja, serve para ser transferido. A transferência anuncia-se por sinais de resistência. Vem como prioridade, isto é, penetra na consciência à frente de qualquer associação porque satisfaz a resistência. A parte do complexo inconsciente capaz de transferência é, então, empurrada em primeiro lugar para a consciência e defendida com a maior obstinação, explicou.

Fundamental, dentro da tópica desta dissertação, é uma observação de Freud (1912) de que, nem sempre, o elemento selecionado para a resistência transferencial é de especial importância patogênica. “O valor do objeto pode ser puramente tático e surgir, talvez, apenas nesta determinada batalha” (p. 138). Poderíamos encaixar, nesse aspecto, o que algumas escolas chamam de aliança terapêutica? O vínculo que o paciente faz com seu terapeuta pode ter origem na

porção do complexo inconsciente que serve para ser transferida à figura do médico, visto que nem sempre esta porção é patogênica? Tentamos, neste trabalho, investigar alguma fração deste universo.

Ainda em *A Dinâmica da Transferência* (1912), Freud, tentando elucidar a relação da transferência com a resistência, sugere que pensemos em transferência distinguindo a negativa (de sentimentos hostis) da positiva (de sentimentos afetuosos). Divide ainda a transferência positiva em transferência de sentimentos amistosos que são admissíveis à consciência e transferência de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente. Estes últimos sentimentos, invariavelmente, remontam a fontes eróticas, afirma. Prossegue dizendo:

todas as relações emocionais de simpatia, amizade, confiança e similares, das quais podemos tirar bom proveito em nossas vidas, acham-se geneticamente vinculadas à sexualidade e se desenvolveram a partir de desejos puramente sexuais, através da suavização de seu objetivo sexual, por mais puros e não sensuais que possam parecer a nossa autopercepção consciente (p. 140).

Segundo Freud (1912), a transferência para o médico é apropriada à resistência apenas quando se tratar de transferência negativa ou de transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. O outro componente admissível à consciência constitui o veículo de sucesso em vários tipos de tratamento.

Freud, no artigo descrito no parágrafo anterior, chamou de transferência positiva de sentimentos conscientes o veículo propulsor do tratamento. Os Psicólogos do Ego chamaram este veículo de aliança terapêutica. Esta última escola, como veremos mais adiante, evoluiu, gradualmente, para o questionamento do quanto, de fato, a aliança terapêutica ficaria restrita à transferência de sentimentos conscientes. Melanie Klein (1926) não separou a transferência em positiva e negativa e afirmou, categoricamente, que tem origem nas relações primitivas de objeto, na relação da criança com o seio.

Em *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud (1914) expôs que o paciente repete ao invés de recordar. Repete tudo o que lançou para a sua personalidade a partir das fontes do reprimido (inibições, atitudes inúteis, traços patológicos de caráter,...). A transferência é um fragmento da repetição, acrescentou, ou a repetição é uma

transferência do passado esquecido. A compulsão à repetição substitui o impulso a recordar. Quanto maior a resistência, mais extensivamente a repetição substituirá o recordar, pois o recordar ideal corresponde a um estado no qual a resistência foi vencida. As resistências determinam a seqüência do material que vai ser repetido. Freud disse que só quando a resistência está em seu auge é que o analista, em trabalho com o paciente, pode descobrir os impulsos instintuais reprimidos que a estão alimentando. Deve-se dar ao paciente, então, tempo para conhecer melhor esta resistência, elaborá-la, superá-la.

Sobre o amor transferencial, Freud (1915) alertou:

Instigar a paciente a suprimir, renunciar ou sublimar seus instintos, no momento em que ela admitiu sua transferência erótica, seria, não uma maneira analítica de lidar com eles, mas uma maneira insensata. Seria exatamente como se, após invocar um espírito dos infernos, mediante astutos encantamentos, devêssemos mandá-lo de volta para baixo, sem lhe haver feito uma única pergunta. Ter-se-ia trazido o reprimido à consciência apenas para reprimi-lo mais uma vez, num susto (p. 213).

É difícil para o médico aceitar a transferência negativa e a transferência erótica. A história tem nos mostrado que esta última desperta sentimentos contratransferenciais diversos, sendo comuns o rechaço, o medo, a vontade de fugir. Ao fugir, porém, perde-se a chance de seguir a trilha das imagos infantis até o complexo inconsciente, o que permitiria o recordar, o tornar consciente e o cessar da repetição. Não fugir, contudo, não significa satisfazer o desejo manifesto pelo paciente, mas ouvi-lo, contemplá-lo, traduzi-lo. Freud evoluiu dizendo que se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência, afirma, explicando que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor, a satisfação que ela exige. Se os desejos manifestados pela paciente fossem retribuídos, reforçou Freud, ela teria êxito em atuar, em repetir na vida real o que deveria apenas ter lembrado, reproduzido como material psíquico e mantido nesta esfera. A idéia de Freud (1915) foi a de que não se deve satisfazer o desejo da paciente e nem suprimi-lo. Ambos seriam

desastrosos para o tratamento analítico. O caminho do analista não é nenhum destes, disse.

Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, mas tratá-lo como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar as suas origens inconscientes. A paciente deve se sentir segura para permitir que todas as suas condições para amar, as fantasias que surgem de seus desejos sexuais venham à luz. Assim, será aberto caminho para as raízes infantis de seu amor (p. 216).

E só este caminho poderá buscar a imago infantil, penetrar no inconsciente, entender a transferência e tornar consciente a angústia.

2.5 TRANSFERÊNCIA: OUTRAS CONTRIBUIÇÕES RELEVANTES

A revisão sobre contribuições de outros autores para a transferência incluída nesta dissertação não objetiva esgotar o tema ou relatar a maior parte do legado existente, até o momento, para esta questão. Só na base de dados PsycInfo, de 1970 até 24 de junho de 2006, existem registros de 12.125 artigos relacionados ao tema. Se direcionarmos nossa pesquisa usando a palavra transferência como descritor maior, encontraremos 3.552 artigos, sendo 1.073 estudos empíricos, 39 revisões de literatura, dez estudos qualitativos, oito estudos quantitativos e um número expressivo de trabalhos usando outras metodologias. Visto que esta dissertação não visa à abordagem exclusiva deste importante construto, mas objetiva investigar possíveis associações da transferência com a aliança terapêutica, limitaremos esta revisão aos autores cujas contribuições encontram-se mais próximas ao foco de discussão deste estudo.

No texto *Transferência* (1943), Melanie Klein disse que, com crianças, a transferência está ativa desde o início da análise. Também com adultos, a autora entendia que a situação transferencial está presente desde o início e que permeia toda a vida real do paciente durante o tratamento. No tratamento, o paciente lida, novamente, com os sentimentos e conflitos que estão sendo revividos, com as mesmas defesas que usou na situação original. O terapeuta desempenha uma variedade de papéis na mente do paciente e não está apenas representando

peças reais do presente e do passado do paciente, como também objetos que o paciente internalizou desde seus primeiros dias de vida, construindo, assim, seu superego. Alertou para a importância de interpretar, consistentemente, o interjogo entre realidade e fantasia. Acreditava que a interação constante entre processos conscientes e inconscientes, entre produtos de fantasia e percepção da realidade, encontrava plena expressão na transferência. Ressaltou que no tratamento se estabelece um movimento para dentro e para fora, isto é, o foco desloca-se das experiências reais para situações de fantasia e para situações internas e, novamente, de volta para situações externas. Este movimento está relacionado com o intercâmbio de figuras reais fantasiadas, externas e internas que o terapeuta representa. Melanie Klein (1943) disse que deve à análise de crianças pequenas uma compreensão mais completa das primeiras relações de objeto e uma nova visão da origem da ansiedade, da culpa e do conflito. Argumentou que a concepção de que são os impulsos destrutivos dirigidos contra o objeto amado que dão origem à ansiedade e culpa levou-a, em seu trabalho com adultos, a cuidar, especialmente, da ansiedade e da culpa e a olhar os mecanismos de defesa como desenvolvidos, primariamente, pelo ego contra a ansiedade originária dessas fontes. Na sua teoria de 1951, colocou a transferência como oriunda das relações primitivas de objeto, das primeiras relações da criança com o seio. Percebe-se que esta autora situou o início da base transferencial um pouco antes que o sugerido por Sigmund Freud (1912).

Winnicott (1945) desenvolveu sua teoria a partir de uma visão contrária à de Melanie. Separou o desenvolvimento emocional primitivo (primeiros seis meses de vida) do resto do desenvolvimento humano. Essa primeira etapa está marcada pelo narcisismo primário, não havendo, portanto, relação de objeto. Esta é uma diferença fundamental entre estes dois autores. Melanie Klein (1943), em um dado momento, rompeu com a hipótese do narcisismo primário. Winnicott (1945) manteve a idéia de narcisismo primário e afirmou que, se durante os primeiros meses de vida não há uma estrutura psíquica, pode-se explicar o começo do desenvolvimento em termos de impulsos e fantasias. Como Winnicott (1945) pensava que essa parte do desenvolvimento não é mentalizada, ele chegou a supor que o desenvolvimento emocional primitivo está vinculado com uma função do terapeuta, que é isomórfica com a dos cuidados maternos. Segundo este autor, a mente aparece para

compensar a deficiência dos cuidados maternos. Deriva-se daí a idéia de falso *self*, o qual é conseqüência de uma falha de criação. Se o terapeuta sabe conduzir o tratamento, o indivíduo volta para trás e começa de novo seu caminho.

Um outro autor que nos trouxe um questionamento interessante sobre a teoria da transferência foi Lagache (1953). Ele frisou que a tônica não é a necessidade de repetição, contudo a repetição da necessidade. Repete-se a necessidade que é contrariada pelo ego. O conflito é, então, entre o princípio do prazer e o princípio da realidade. Na transferência, segundo o autor, o princípio do prazer tende a satisfazer o impulso que se repete; o ego, porém, trata de inibir esse processo para evitar a angústia. Entretanto, é próprio do funcionamento egóico buscar a descarga da pulsão e o prazer, de forma que, em cada repetição, há nova busca: repete-se uma necessidade para encontrar uma saída que satisfaça o princípio da realidade.

Eizirik e Tyson (2005) iniciaram sua abordagem sobre transferência dizendo que esta se constitui como um ingrediente central e crucial de qualquer forma de psicoterapia e que, na psicoterapia psicanalítica, seu uso e interpretação adequados são veículos importantes e decisivos, por meio dos quais mudanças psíquicas permanentes podem ser feitas. A transferência, segundo estes autores, aparece no tratamento na medida em que a relação paciente-terapeuta é afetada inconscientemente por experiências revistas e remodeladas de relacionamentos passados e desenvolve-se além dos modelos costumeiros de relação e sentimento interpessoal. Lembraram que tanto o paciente como o terapeuta evidenciam manifestações de transferência, mas preferem usar o termo transferência apenas para os sentimentos do paciente, reservando o termo contratransferência à transferência do terapeuta. Ressaltaram que fatores de resistência do paciente e de contratransferência do terapeuta podem impedir o desenvolvimento, o aparecimento e o reconhecimento de manifestações de transferência.

Sob tal perspectiva, faz-se oportuno trazer uma ressalva de Wallerstein (1986) antes de encerrar este item. Apesar de que a transferência tende a se tornar mais persistente do que episódica na psicoterapia psicanalítica, não devemos nos preocupar exclusivamente com ela neste tipo de tratamento, o que até poderia prejudicá-lo. É um fator fundamental e imprescindível, mas não é o único nesta

modalidade um pouco mais abrangente de terapia, se relacionada com a psicanálise que lhe deu origem.

Nos estudos empíricos sobre este construto, são comuns os trabalhos buscando associação entre transferência e transtornos de personalidade ou entre transferência e outros transtornos psiquiátricos. Na base de dados PsycInfo, encontramos 219 trabalhos relacionados à transferência e personalidade *borderline* desde 1971 a junho de 2006, ou 22 artigos se considerarmos estes construtos como descritores maiores. Quanto à depressão e transferência, encontramos 398 artigos nesta base de dados ou 31, se os considerarmos como descritores maiores, neste período de tempo.

No tocante à associação da transferência com a aliança terapêutica, há 390 trabalhos na base de dados PsycINFO, desde 1971 a julho de 2006, ou 42 trabalhos, usando estes construtos como descritores maiores. Na base MEDLINE, no mesmo período, encontramos 80 trabalhos que abordam estes temas conjuntamente. Na base LILACS, não encontramos artigos sobre associação destes dois construtos.

No item transferência e aliança terapêutica, serão citados trabalhos referentes a esta associação.

2.6 CONTRATRANSFERÊNCIA

O tema contratransferência é abordado nesta revisão em virtude do consenso na literatura que seria demasiado simplificado abordar a transferência em separado desse construto. Hoje, está claro e unânime que o entendimento de uma passa necessariamente pela compreensão da outra. Este é outro legado de Freud (1910) que definiu a relação analítica como uma relação bipessoal, recíproca de transferência e contratransferência.

Eizirik e Lewkowicz (2005) ressaltaram a evolução do conceito de contratransferência em quatro fases: a formulação inicial de Freud, em 1910, os trabalhos de Paula Heimann (1950) e Heinrich Racker (1948), a utilização maciça do

conceito totalístico nas décadas de 1970 e 1980 e a situação atual de revisão e cautela, bem como a proposta de um conceito específico.

Em 1910, Freud introduziu o termo contratransferência em artigo apresentado no Congresso de Nuremberg. Conceituou-a como a resposta emocional do analista aos estímulos do paciente e considerou-a o resultado da influência do paciente sobre o inconsciente do médico. Neste momento, Freud viu a contratransferência apenas como um obstáculo. Disse que o reconhecimento da contratransferência e seu vencimento é requisito indispensável para um analista. É opinião de muitos autores que Freud já considerava que a compreensão da contratransferência seria muito importante para o futuro da psicanálise, visto que introduziu o termo em artigo sobre as Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica.

Depois que Freud escreveu sobre o conceito de contratransferência, em 1910, o mesmo ficou em desuso por praticamente 40 anos, quando, em 1950, Paula Heimann trouxe uma visão totalística do conceito. A autora usou o termo contratransferência para englobar todas as reações que o analista experimenta diante de seu paciente. Considerou a contratransferência como uma criação do paciente por identificação projetiva, podendo, portanto, ser utilizada como um instrumento terapêutico.

Esta nova visão acerca do tema também é mérito de Racker, que, em 1948, apresentou, na Sociedade Psicanalítica Argentina, o panorama da contratransferência como instrumento, porém, publicou seu estudo, apenas em 1953. Estes autores, então, não vêem a contratransferência somente como um perigo, mas, também, como um instrumento importante no tratamento.

Depois de ser apresentada esta nova visão sobre o tema, a contratransferência voltou a ser amplamente abordada.

Em 1951, Margaret Little, referindo-se à comunicação da contratransferência, opinou que não é questão de confessá-la, mas de reconhecê-la e integrá-la na interpretação.

Em 1956, Money-Kyrle falou sobre a contratransferência normal, que é relacionada com a capacidade do terapeuta de exercer funções parentais.

Por sua vez, em 1985, Pick reafirmou que, após a elaboração de nossa contratransferência, poderemos entender o papel que o paciente desempenhou na mobilização de nossas reações; e Loewald, 1986, afirmou ser impossível separar a transferência da contratransferência, sendo ambas duas faces da mesma dinâmica.

Etchegoyen, 1989, levantou a questão do conceito totalístico e alertou para o risco de *acting-out*. O conceito totalístico engloba desde aspectos da realidade da relação até reações conscientes e inconscientes do terapeuta, incluindo aspectos neuróticos. A partir de 1970, o conceito específico de contratransferência (SANDLER; HOLDER; DARE, 1970), que inclui apenas reações específicas do terapeuta às qualidades do paciente, passou a conquistar mais adeptos e, em pesquisa realizada em Porto Alegre (ZASLAVSKY; NUNES; EIZIRIK, 2003), foi o mais destacado pelos analistas didatas e candidatos à formação psicanalítica entre os conceitos de contratransferência.

Voltando a Heinrich Racker, em 1948, este autor vinculou a contratransferência à idéia de obstáculo, instrumento e campo. Freud, na conferência de introdução à psicanálise, vinculou a transferência a esta mesma idéia: obstáculo, instrumento e campo. O campo, seguindo o raciocínio destes autores, proporciona uma experiência viva da experiência original e, ao mesmo tempo, diferente da original, possibilitando a mudança psíquica.

O conceito de campo psicanalítico foi introduzido em 1961, por Madeleine e Willy Baranger, e refere-se a um contexto de duas pessoas, indefectivelmente, ligadas e complementares, enquanto está durando a situação, estando envolvidas em um mesmo processo dinâmico, sendo que nenhum membro da dupla é inteligível dentro da situação sem o outro.

Segundo Baranger (1961), no campo, configura-se uma fantasia inconsciente, constituída por processos de identificação projetiva e introjetiva e de contra-identificações que atuam com seus limites, funções e características distintas no analisado e no analista.

Ogden (1985) diz que os pólos opostos que compõem a experiência são as subjetividades do paciente e analista, potencialmente geradoras de um terceiro sujeito, o terceiro – analítico intersubjetivo.

2.7 TRANSFERÊNCIA E ALIANÇA TERAPÊUTICA

A complexa relação entre transferência e aliança terapêutica vem sendo discutida desde a primeira metade do século passado. Freud (1912), no artigo *A Dinâmica da Transferência*, separou a transferência positiva sublimada da transferência erótica, quando assume um caráter sexual, e da transferência negativa, dizendo que as resistências se alimentam das duas últimas. A transferência positiva sublimada, ele chamou de motor do tratamento, o que pode ser entendido como aliança terapêutica. Como vemos, então, Freud não separou a aliança terapêutica da transferência, mas separou-a da transferência negativa, o que, hoje, é questionado por muitos autores. Etchegoyen (1989) lembrou que cada vez mais se acredita que a aliança terapêutica tem a ver com a transferência positiva e, até mesmo, com a negativa.

Hoje, a maioria dos autores entende aliança terapêutica como algum aspecto da transferência e não uma entidade distinta, mas já houve muita polêmica no que se refere a esta questão e ainda há indícios desse momento, ou seja, ainda não foi encontrado argumento suficiente para fechar a questão. Essa discussão teve um ponto alto nos anos 20 do século passado, quando Melanie Klein (1926) e Anna Freud (1927) divergiram sobre a técnica da análise de crianças. Melanie não considerava o conceito de aliança terapêutica. Achava que todas as crianças desenvolviam transferência, pois atribuía suas origens às relações primitivas de objeto, à relação da criança com o seio, às fantasias inconscientes e ansiedades primitivas. Anna Freud não considerava que tudo era transferência. Acreditava que a parte sadia da personalidade estabelecia uma relação real com o analista, salientando o papel da aliança terapêutica no tratamento.

Essa discussão foi reativada por Zetzel (1956), que separava a aliança terapêutica da neurose de transferência. Definia aliança terapêutica como a relação estável, base indispensável para o tratamento analítico. Nessa época, o parecer desta autora coincidia com a hipótese de Anna Freud, em 1927.

Antes de Zetzel (1956), veio Sterba (1934), explicando a aliança terapêutica com base numa dissociação terapêutica do ego: uma parte colabora com o analista e está voltada para a realidade; e outra opõe-se a ele e compreende os impulsos do

id, as defesas do ego e as ordens do superego. Esta dissociação ocorreria devido a uma identificação com o analista. Identificado com a atitude de observação e reflexão do analista, o paciente adquire esta capacidade e a dirige ao seu próprio funcionamento, dissociando seu ego em duas partes. Hartmann (1939), nesta mesma linha, considerou que o conflito proveniente da autonomia secundária separa-se da fantasia inconsciente.

A maioria dos autores seguiu o conceito de Freud no que se refere à aliança terapêutica como um aspecto da transferência. Greenson (1965) definiu a aliança terapêutica como um componente da transferência que não se separou claramente de outras formas de reação transferencial. Em 1967, a definiu como um fenômeno da transferência relativamente racional, dessexualizado e destituído de pulsões agressivas. Acrescentou que a diferença entre a neurose de transferência e a aliança de trabalho não é absoluta. A aliança pode conter elementos da neurose infantil que necessitem ser analisados. A aliança terapêutica contém sempre, pois, uma mescla de elementos racionais e irracionais.

Greenson e Wexler, em 1969, resumiram suas conclusões acerca do assunto: “A relação analítica é complexa e nela há sempre uma mescla de fantasia e realidade. Toda reação transferencial contém um germe de realidade e toda relação real tem algo de transferencial” (p. 28).

Em 1974, Zetzel (ZETZEL; MEISSNER) apresentou uma mudança no seu ponto de vista sobre a relação entre transferência e aliança terapêutica. Apesar de seguir considerando aliança terapêutica como a relação estável e positiva entre paciente e analista, a base indispensável para o tratamento analítico já não reservou para ela uma posição tão distinta da neurose de transferência. Esta autora disse que transferência e aliança terapêutica tendem a se mesclar até ficarem indistintas quando a análise da transferência chega a níveis de conflitos pré-genitais. Ou seja, a aliança terapêutica continua a ser entendida como assentada nas funções do ego e, concretamente, na autonomia secundária, mas é remetida às primeiras relações de objeto da criança com os pais, em especial, com a mãe.

Bird (1972) escreveu que a transferência está sempre presente na situação analítica. O que outros consideraram aliança, Bird entendeu como transferência.

Brenner (1979) viu o construto aliança como um potencial impedimento para o trabalho analítico porque pode desviar o foco do analista da análise da transferência.

De outro lado, Shane (2000) advogou que aliança persiste como um construto apesar do ataque que vem recebendo na literatura. Argumentou que os clínicos solicitam um lugar para a relação real, pois se trata de um construto útil, visto que uma nova relação de objeto é inerente ao tratamento.

Saketopoulou (1999), em abrangente artigo sobre o tema, levantou a questão de quais os benefícios de colocar o construto aliança como uma entidade distinta e responde com a idéia de Luborsky, Barber, Beutler (1993), Lunnen, Ogles (1998), Shapiro, Shapiro (1982) de que a aliança tem mostrado um poder preditivo em relação ao prognóstico do tratamento. Recentemente, porém, lembra Saketopoulou, têm sido feitas tentativas de investigar como a formação de alianças fortes é afetada por fatores transferenciais.

Gomes (2005), concluindo sua abordagem sobre aliança terapêutica, afirmou que o estabelecimento da mesma depende de fatores ligados à realidade externa, às características pessoais, à transferência e à contratransferência. Em sua dissertação de mestrado, Gomes (2003) encontrou assimetria entre a qualidade da aliança terapêutica do terapeuta em relação à aliança terapêutica do paciente.

Hentschel, Kiessling, Rudolf (1997) estudaram a relação entre transferência e aliança terapêutica em 126 pacientes (83 pacientes mulheres com idade média de 35,7 anos e 42 homens com idade média de 38,7 anos). A hipótese de trabalho foi a possível influência de imagens maternas e paternas internalizadas sobre a aliança terapêutica. O objetivo principal foi comparar as imagens introjetadas dos pais com a imagem do terapeuta e examinar o impacto dos padrões de diferenças ou similaridades sobre a aliança terapêutica. A aliança terapêutica foi avaliada em dois momentos. Foi usada a versão do terapeuta. Quando as imagens parentais e a imagem do terapeuta foram comparadas usando medidas de diferenças e similaridades, pôde-se construir quatro tipos de imagens do pai e quatro tipos de imagens da mãe. Algumas mostraram diferenças significativas na formação da aliança. Os pacientes preencheram uma grade (HENTSCHEL, BURKAT-AUSTEN, 1983), com dez construtos pré-formulados e dez perfis (incluindo os perfis de mãe,

pai, terapeuta). Foi usado o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar correlação entre perfis parentais e do terapeuta. Também foi usado o teste *t de Student* para avaliar diferenças entre as médias dos perfis. Uma combinação dicotomizada de duas medidas (média alta e baixa ou correlação alta e baixa) resultou em quatro diferentes tipos de perfis. A aliança terapêutica foi a variável dependente do estudo medida pelo *Therapeutic Working Alliance - TWA* (RUDOLF, 1991). Os resultados mostraram efeito significativo entre imagem internalizada materna tímida-depressiva ou fálica-enérgica com escores altos de aliança terapêutica. Imagem de mãe idealizada teve os mais baixos escores para aliança terapêutica e imagem de mãe rígida-compulsiva teve escores intermediários.

Verga et al. (1999) estudaram a relação entre aliança terapêutica e padrões de transferência em 28 homens e 29 mulheres adultas, entre 16 e 52 anos. Para avaliar a transferência foi usado o *Core Conflictual Relationship Theme - CCRT* (LUBORSKY, 1977) e para avaliar a aliança terapêutica foi usado o *Therapeutic Alliance Method* (LUBORSKY et al., 1983). Os resultados não mostraram associação significativa entre aliança terapêutica e padrões centrais de relação.

2.8 INSTRUMENTOS

A dificuldade em objetivar a psicopatologia e, em seguida, quantificá-la tem sido um dos maiores obstáculos ao progresso da pesquisa psiquiátrica (VERSIANI, 2000).

As escalas de avaliação psiquiátricas foram introduzidas em diferentes tipos de pesquisa na década de 60. Foi criado um laboratório de dados do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos para analisar resultados de sua aplicação. A expectativa inicial de grandes resultados não se concretizou, pois as escalas de avaliação psiquiátrica não são instrumentos de fácil utilização. Seu emprego depende de apurado conjunto de conceitos, princípios e métodos. A não observação dos limites e as dificuldades de utilização e análise de resultados foram o demolidor do otimismo inicial quanto ao potencial destes instrumentos (VERSIANI, 2000).

Para descrever as características de vários tipos de medidas usa-se o termo psicométrico que, originalmente, significou medida da mente. As duas principais propriedades psicométricas de uma medida são confiabilidade e validade. Para serem úteis, métodos de classificação deveriam ser consistentes e reproduzíveis, mesmo se empregados por diferentes avaliadores ou sob condições diferentes e, também, validados (acurados na representação do verdadeiro estado do construto). Assim, a avaliação da confiabilidade e validade é a chave para o julgamento do valor potencial de cada medida (BLACKER, ENDICOTT, 2000).

a) Avaliação do fator em estudo (padrão central de relação ou transferência):

Existem vários instrumentos usados para avaliação da transferência ou padrão central de relação. Podemos dividir os instrumentos destinados a este fim em dois grupos: observacionais e auto-aplicáveis. Entre os observacionais, podemos citar o CCRT (LUBORSKY, 1977), *Plan Formulation Method* (WEISS, 1986), *Configurational Analysis Method* (HOROWITZ, 1987), *Frame Method* (TELLER, DAHL, 1981), *Cyclical Maladaptive Pattern Method* (SCHACHT; BINDER; STRUPP, 1984), *Idiographic Conflict Formulation Method* (PERRY; LUBORSKY; SILBERSHAATZ; POPP, 1989).

O CCRT é o método observacional mais utilizado em investigações quantitativas no mundo inteiro. Este método parte da análise de narrativas sobre episódios de relacionamentos que o paciente conta ou atua na psicoterapia. Dessas narrativas, obtêm-se três componentes: os desejos do paciente, sua crença na resposta do outro e a resposta do próprio *self*. *Enactments* são significativos durante a psicoterapia e referem-se ao componente resposta do *self*. O paciente experimenta o comportamento do terapeuta como resposta do outro e reage a sua característica maneira – resposta do *self*. A questão não é fazer com que o paciente conte sobre interações com os outros, mas, preferencialmente, aprender como ouvir, capturar e reformular a informação.

Baseia-se no modelo central do relacionamento padrão que cada pessoa segue ao conduzir suas relações. Consiste em detectar o foco e, mais precisamente, o desejo do paciente no tocante à sua relação com o outro, a percepção do paciente

do que seria a resposta do outro e a própria resposta do *self* conseqüente à crença sobre como a outra pessoa iria responder.

As duas fases principais do método são: seleção das narrativas na sessão e a extração da CCRT dessas narrativas. O modo usual de escore do CCRT é chamado *tailor-made* (sob medida) e dá liberdade ao clínico de descrever cada categoria. A alternativa, versão restrita dos escores, dá-se em termos de categorias *standard* (categorias padrões oferecidas pelo autor para cada versão do instrumento). A expressão *conflictual relationship* enfatiza que existe um conflito entre o que o paciente deseja para uma relação e o que ele percebe. Reflete a tensão entre o que o paciente, conscientemente, deseja para suas relações e o que ele busca nas suas interações. A palavra *theme* sublinha a presença dessas dificuldades de relação como recorrentes nas relações interpessoais (família, amigos, colegas, subordinados, rivais, estranhos, terapeuta).

Os métodos observacionais são amplamente usados em pesquisas no mundo inteiro, porém, a despeito de sua significância, têm a desvantagem de requerer muito tempo e recursos consideráveis para tarefas como treinamento de juízes, transcrição de material e análise destas transcrições, além de gravadores nas sessões de psicoterapia.

Em contraste ao grande número de medidas baseadas na observação, existem, também, medidas de auto-relato para avaliação do padrão central de relação como o *INTREX Questionnaire* (BENJAMIN, 1984), o *Inventory of Interpersonal Problems - IIP* (HOROWITZ et al., 1988), o *Central Relationship Questionnaire - CRQ* (BARBER; FOLTZ; WEINRYB, 1998), o *Interpersonal Relationship Patterns Questionnaire - IRP* (KURTH, 1998), o *RPQ* (KURTH et al., 2002; KURTH et al., 2004).

As medidas auto-aplicáveis são mais objetivas, necessitando, na maioria das vezes, menor tempo de aplicação, com custo geral mais baixo, porém, muitas delas são demasiado extensas, o que pode dificultar a coleta dos dados. O INTREX apresenta 180 itens, sendo que em sua versão abreviada aparecem 24 itens. O IIP apresenta 192 itens. O CRQ, 139 itens. O IRP, 128 itens e o RPQ, 40 itens, na sua forma abreviada.

Relationship Patterns Questionnaire - RPQ (KURTH et al., 2002; KURTH, et al., 2004) (Anexo A)

Neste estudo, optou-se por usar o RPQ para avaliar a variável independente – transferência – por se tratar de uma medida auto-aplicável, dispensando, então, a presença de gravadores ou vídeos na sessão, bem como sendo necessário menor número de pessoas na avaliação do método e menor tempo de aplicação, o que torna o método mais barato. O suporte teórico do RPQ é robusto, visto ser derivado do modelo interpessoal de Benjamin (1974) – *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB) e do CCRT, consagrado instrumento observacional para aferição da transferência. Trata-se de um questionário auto-aplicável elaborado pelos autores Regina A. Kurth e Dan Pokorny, das Universidades de Giessen e Ulm, respectivamente, em 1999 e validado na Alemanha por Kurth et al. (2002) e Kurth et al. (2004).

Este instrumento é um sucessor do *IRP* (KURTH, 1998). É resultante de análise fatorial do IRP e do CCRT, instrumento de avaliação observacional do padrão central de relação (LUBORSKY, 1977).

O SASB é uma estrutura cíclica que envolve oito escalas ou quatro eixos, que podem ser resumidos nos seguintes padrões de relação: 1) Imposição; 2) Aceitação; 3) Amor; 4) Ajuda; 5) Submissão; 6) Crítica; 7) Ataque; 8) Indiferença. As escalas 1 e 5 ocupam posições opostas no mesmo eixo, bem como as escalas 2 e 6, 3 e 7, 4 e 8.

Este instrumento fornece um escore para cada escala, sendo que cada uma delas é avaliada em três diferentes níveis: *self*, objeto, introjetivo.

O nível *self* avalia a resposta do sujeito frente a determinado comportamento de outra pessoa (pessoa de referência). O nível objeto avalia a crença do sujeito acerca do comportamento da pessoa de referência em resposta a determinado comportamento seu e o nível introjetivo avalia o comportamento do sujeito após um confronto com a outra pessoa.

Existe uma forma longa do instrumento com questões direcionadas a avaliar o padrão de relacionamento com uma pessoa de referência e com o terapeuta. A

relação com a pessoa de referência é avaliada através de 34 itens no nível *self*, 34 itens no nível objeto e 16 itens no nível introjetivo, englobando as oito escalas unipolares do SASB.

O RPQ também apresenta uma forma abreviada, usada na presente investigação, que inclui a metade do número de questões da forma longa. Nesta, a relação, então, com cada pessoa de referência, é avaliada por 16 itens no nível *self*, 16 itens no nível objeto e oito itens no nível introjetivo. A forma abreviada inclui apenas quatro escalas, ou seja, as escalas 1, 3, 5, 7, descritas anteriormente. Desta forma, este questionário está estruturado da seguinte forma: 16 itens divididos em quatro questões avaliam a resposta do *self*. Os 16 itens seguintes avaliam a resposta do objeto e oito itens avaliam o nível introjetivo. Assim, os resultados fornecidos por esta escala organizam-se em três níveis e cada nível fornece escores para as quatro escalas (1,3,5,7) incluídas na forma abreviada deste instrumento. O escore de cada escala é obtido pela média dos itens relacionados à respectiva escala. Cada item é mensurado através de escala *likert* de cinco pontos.

O RPQ é um instrumento auto-aplicável, designado para avaliar o padrão de relação do sujeito com uma pessoa de referência em uma variedade de condições. Pode ser aplicado a qualquer pessoa de referência, em diferentes períodos de tempo (presente ou infância).

O RPQ é um instrumento de desenvolvimento recente, mas com suporte teórico bem fundamentado no modelo de Benjamin(1974). Pode ser uma boa opção de avaliar a transferência, visto que é um instrumento auto-aplicável, com número reduzido de questões, se comparado a outros instrumentos desenvolvidos para este fim, de baixo custo de aplicação, fácil entendimento, dispensando juízes ou gravadores na sessão. Até junho de 2006, havia cinco publicações a respeito deste instrumento na base de dados PsycINFO cujos enfoques eram: validação do instrumento (KURTH et al., 2002), introdução a duas diferentes aplicações do instrumento (POKORNY, 2004), propriedades psicométricas do instrumento (KURTH et al., 2004), uma abordagem quantitativa de auto-avaliação de padrões interpessoais (KÖRNER et al., 2004), estudo de validação com uma amostra clínica (KURTH; POKORNY, 2005).

Este instrumento foi-nos cedido para uso neste estudo pelos autores Regina Kurth e Dan Pokorny, através de um trabalho de cooperação com os mesmos, preservando-se nossos direitos autorais desta investigação.

b) Avaliação do efeito clínico (aliança terapêutica):

Apesar de os instrumentos de medida de aliança terapêutica terem sido criticados por medir um construto potencialmente contaminado pelas reações transferenciais (BORDIN, 1994), eles têm sido largamente usados na pesquisa. Hoje, há um vasto número de escalas para avaliar este construto, algumas delas citadas no seguimento:

- *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale – VTAS* (HARTLEY, STRUPP, 1983);
- *Menninger Therapeutic Alliance Scale – MTAS* (ALLEN; TARNOFF; COYNE, 1985);
- *Working Alliance Inventory – WAI* (HORVATH, GREENBERG, 1989);
- *California Psychotherapy Alliance Scale – CALPAS* (MARMAR, GASTON, GALLAGHER, THOMPSON, 1989);
- *Therapeutic Working Alliance - TWA* (RUDOLF, 1991);
- *Helping Alliance questionnaire – HAq-I* (LUBORSKY; McLELLAN; WOODY, et al., 1985) questionário de 11 itens bastante usado em investigações quantitativas para medir a força da aliança paciente-terapeuta;
- *The Revised Helping Alliance questionnaire – HAq-II* (LUBORSKY et al., 1996) questionário derivado do *Helping Alliance questionnaire*, descrito a seguir.

The Revised Helping Alliance questionnaire - HAq-II

Desenvolvido por Lester Luborsky e colaboradores (1996) a partir da revisão do instrumento HAq-I. Estes autores retiraram seis itens da escala que avaliavam melhora precoce e acrescentaram 14 itens que melhor abordavam os vários aspectos da aliança conforme Bordin (1979) e Luborsky et al. (1996). A retirada dos

seis itens referente à melhora nas primeiras sessões foi fundamentada no fato de que a aliança não é uma função de sintomatologia pré-tratamento (GASTON et al., 1991). Dos 14 itens acrescentados, cinco são relacionados ao esforço colaborativo do paciente e terapeuta. Outros cinco itens avaliam a percepção que o paciente tem do terapeuta. Outro item acrescentado aborda a motivação do paciente e outro avalia a percepção do paciente acerca dos sentimentos do terapeuta sobre ele. A HAq-II inclui cinco itens com escore invertido, em contraste com a HAq-I. No total, a HAq-II apresenta 19 itens. Cada item é mensurado através de escala likert de seis pontos, desde discordo fortemente até concordo fortemente. Os 19 itens deste instrumento avaliam, então, conforme este critério, sentimentos de confiança, compreensão, cooperação, valorização, identificação. Foram desenvolvidas duas versões: uma para o paciente (Anexo B) e outra para o terapeuta (Anexo C). Os itens 4, 8, 11, 16, 19 de ambas as versões apresentam escores invertidos. Em relação ao escore, podemos obtê-lo em cada item ou podemos calcular o escore médio total. O ponto de corte entre uma aliança fraca e forte é a média menos um desvio padrão. Aliança fraca corresponde a valores menores que essa diferença. Aliança forte corresponde a valores maiores ou iguais a essa diferença.

c) Avaliação do padrão defensivo:

Defense Style Questionnaire - DSQ-40 (BLAYA, 2005) (Anexo D).

Questionário objetivo, auto-aplicável com 40 questões. Avalia 20 defesas divididas em três grupos: maduro, neurótico e imaturo. O fator maduro engloba as defesas de sublimação, humor, antecipação e supressão. O fator neurótico, as defesas de anulação, pseudo-altruísmo, idealização, formação reativa. O fator imaturo engloba as defesas de projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização. Ele pode fornecer os escores das 20 defesas e os escores dos três grupos. Os escores das defesas são calculados pela média de dois itens para cada mecanismo de defesa. Os escores dos grupos, pela média dos escores das defesas que pertencem àquele grupo. Cada item é pontuado numa escala de 1 a 9 (1 indicando discordo completamente e 9 indicando concordo plenamente). Neste estudo, usado para controle do padrão defensivo dos pacientes.

Bond et al. (1983) desenvolveram uma medida auto-aplicável para avaliar derivados conscientes dos mecanismos de defesa. Escores dos 67 itens do *Defense Style Questionnaire - DSQ* discriminaram entre pacientes psiquiátricos e sujeitos normais, com os pacientes apresentando maior número de defesas imaturas. Achados subseqüentes onde escores do DSQ mostraram-se correlacionados com avaliações clínicas promoveram evidências da validade do construto deste instrumento (VAILLANT; BOND; VAILLANT, 1986).

Segundo Bond (BOND et al., 1983), este instrumento foi o primeiro questionário a descrever, fidedignamente, os mecanismos de defesa, cada um deles representado por dois itens selecionados do DSQ de 72 itens, baseado no DSM-III-R. Oito critérios estatísticos e dois critérios *a priori* foram usados nesta seleção. Vaillant (1971), usando uma hierarquia de defesas retiradas da teoria psicodinâmica, conseguiu avaliar defesas a partir de vinhetas com considerável fidelidade. Relatou que defesas maduras eram positivamente correlacionadas e defesas imaturas negativamente correlacionadas com uma medida objetiva de êxito na vida.

Brennan et al. (1990) mostraram que crianças que sofreram abuso sexual dos pais tinham maior probabilidade de usar defesas imaturas como projeção, negação e dissociação do que sujeitos normais ou ansiosos. Ungerer et al. (1990), avaliando o estilo defensivo de mulheres grávidas, sugeriu que seus padrões defensivos eram preditivos de interações mãe-bebê problemáticas e desenvolvimento prejudicado da auto-regulação da emoção do bebê. Isto é particularmente importante para o presente trabalho, visto que a teoria da transferência pressupõe que a mesma tenha origem nas relações primitivas de objeto (FREUD, 1912; KLEIN, 1926).

d) Avaliação de sintomatologia não psicótica:

Self-report Questionnaire - SRQ-20 (MARI; WILLIAMS, 1986) (Anexo E)

Questionário auto-aplicável, desenvolvido inicialmente por Harding et al., 1980, a partir de quatro instrumentos de *screening* de sintomas psiquiátricos de quatro diferentes países, com 24 itens, sendo 20 para detecção de sintomas não psicóticos e quatro para detecção de sintomas psicóticos. A validação brasileira feita por Mari e Willians, em 1986, foi realizada para a sessão de sintomas não psicóticos, ou seja, 20 itens. No presente estudo, este questionário destina-se à realização de

screening de sintomas não psicóticos, mas, também, pode ser usado como indicador de morbidade e severidade. O ponto de corte utilizado no estudo de validação é, respectivamente, oito para mulheres e seis para homens, se usado com finalidade de *screening*. Esta questão, explicam os autores, uma taxa falso negativa mais alta em homens do que em mulheres, poderia ser relacionada a possíveis diferenças sexuais na manifestação da doença (MECHANIC, 1977). Mari e Williams (1986) também consideraram o SRQ aceitável como um indicador de morbidade e, em nível populacional e não individual, como um indicador de severidade. Feijó et al. (1997), em um estudo que usou o SRQ como instrumento de *screening* para saúde mental entre adolescentes gaúchos, concluíram que a detecção de sintomas relacionados à saúde mental pelo SRQ pode ser de valor para identificar grupo de maior risco para a violência e comportamento autodestrutivo entre comunidades adolescentes.¹

¹ No presente estudo, a avaliação das outras variáveis de interesse, além das citadas no item 2.8, foi realizada através da aplicação de formulário de pesquisa (Apêndice A) elaborado para este fim.

3 JUSTIFICATIVA

Os dados apresentados na revisão de literatura e na introdução desta dissertação suportam a justificativa de um estudo exploratório buscando uma associação empírica entre os construtos transferência e aliança terapêutica.

Em qualquer modalidade de tratamento, e, particularmente, nos tratamentos na linha psicanalítica, a compreensão do paciente é instrumento de cura. E esta compreensão passa necessariamente pela compreensão da relação paciente-terapeuta. O entendimento desta relação pode nos remeter às origens do paciente, possibilitando a investigação de suas fantasias inconscientes e angústias primitivas.

A aliança terapêutica faz parte da relação paciente-terapeuta e, como tal, também é veículo de informação sobre o paciente. Seu conceito a define como a relação estável e positiva entre paciente e terapeuta. Mas, talvez, esta abordagem seja superficial e pouco informativa ou, até mesmo, enganadora. Isto porque a maioria dos autores vem se dirigindo à possibilidade dela estar vinculada a aspectos positivos e mesmo negativos da transferência. Ou seja, a porção da relação que se configura como a aliança terapêutica pode revelar o lado sadio do paciente ou também pode revelar seu lado doente.

Há muitos trabalhos teóricos sobre o tema e poucos estudos exploratórios com abordagens empíricas, o que dificulta o aparecimento de novas informações que proporcionem maior esclarecimento da questão.

Segundo Hentschel, Kiessling e Rudolf (1997), o pequeno número de estudos empíricos exploratórios se deve ao não acreditar que instrumentos ou outros métodos investigatórios possam avaliar relações interpessoais. Isto priva-nos de avanços neste campo. O crescer da pesquisa em psicoterapia, a melhora da qualidade das escalas usadas nesta área e a maior familiarização dos clínicos com a investigação científica pode diminuir estes obstáculos.

Assim, a compreensão cada vez maior dos fatores envolvidos na relação paciente-terapeuta, o entendimento de suas origens, constitui-se no entendimento do próprio paciente, aumentando a possibilidade de ajuda para melhorar nossa visão acerca da dinâmica de seus processos mentais.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o padrão transferencial dos pacientes em psicoterapia psicanalítica e verificar sua relação com a aliança terapêutica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a adaptação transcultural do Relationship Patterns Questionnaire para o português do Brasil;
- Disponibilizar o Relationship Patterns Questionnaire em nosso meio, instrumento auto-aplicável de avaliação da transferência ou padrão central de relação.

5 HIPÓTESES

- Nula - Não há relação entre a transferência e a aliança terapêutica na relação terapêutica de pacientes em psicoterapia psicanalítica.
- Alternativa - Há relação entre a transferência e a aliança terapêutica na relação terapêutica de pacientes em psicoterapia psicanalítica.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação - Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 04-472, em 7 de março de 2005.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por ocasião de sua inclusão no estudo (Apêndices B e C).

Este projeto foi aprovado de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente, as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

7 ARTIGO 1

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DO
QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÃO DE RELACIONAMENTOS *BEZIEHUNGS-*
*MUSTER FRAGEBOGEN - BeMus-3****

(Artigo submetido à Revista de Psiquiatria do RS)

*Artigo já apresentado na VII Jornada Gaúcha de Psiquiatria do Rio Grande do Sul e na Mostra da Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2005, na forma de Pôster.

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DO
QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÃO DE RELACIONAMENTOS *BEZIEHUNGS-
MUSTER FRAGEBOGEN - BeMus-3***

**TRANSCULTURAL ADAPTATION OF THE QUESTIONNAIRE ON
RELATIONSHIPS PATTERN *BEZIEHUNGS-MUSTER FRAGEBOGEN - BeMus-3*
TO BRAZILIAN PORTUGUESE**

**ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL AL PORTUGUÉS DE BRASIL DEL
CUESTIONARIO SOBRE PATRÓN RELACIONAL *BEZIEHUNGS-MUSTER
FRAGEBOGEN – BeMus-3***

Eliane Bernadete Ferreira¹

Maria Lúcia Tiellet Nunes²

Regina A. Kurth³

Dan Pokorny⁴

Luciana Terra⁵

Simone Hauck⁶

Lúcia Helena Freitas Ceitlin⁷

Estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Psicoterapia Psicanalítica.

¹ Psiquiatra, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria - Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Psicóloga, PhD, Professora titular do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

³ Universidade de Giessen – Alemanha.

⁴ Universidade de Ulm – Alemanha.

⁵ Psicóloga, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria – Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁶ Psiquiatra, MD, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria – Doutorado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁷ Psiquiatra, MPh, PhD, Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Correspondências devem ser endereçadas para: Eliane B. Ferreira, Av. D Pedro II, 1240, sala 206, Porto Alegre/RS – Brasil – CEP 90550-140 – e-mail: ebferreira@cpovo.net – Tel.: 51-9285 7534

RESUMO

Introdução: A adaptação transcultural para o Português do Brasil do *Beziehungs-Muster Fragebogen - BeMus-3*, conhecido na literatura internacional como *Relationship Patterns Questionnaire*^{1,2} - *RPQ*, questionário que avalia o padrão central de relação, visa à introdução em nosso meio de uma medida auto-aplicável para implementação de projetos de pesquisa cuja questão envolva o construto transferência. **Metodologia:** As etapas para a adaptação transcultural foram: obtenção da licença dos autores; tradução do instrumento original para o Português do Brasil; julgamento e ajuste do material traduzido por profissionais da área da Psiquiatria e Psicologia; retrotradução; julgamento da equivalência semântica; consenso de profissionais da área da psiquiatria e psicologia sobre a adequação do instrumento à nossa cultura; interlocução com a população-alvo. **Conclusão:** O BeMus-3 é uma medida auto-aplicável para avaliação da transferência ou padrão central da relação, que poderá facilitar a implementação de projetos para investigar os aspectos da relação terapêutica adjuntos à transferência. É um método de fácil aplicação e análise, de baixo custo e que dispensa o uso de vídeos ou gravadores na sessão. Estudos investigatórios acerca do padrão de relação poderão fornecer mais resultados sobre a adaptabilidade deste instrumento à nossa cultura.

Descritores: Adaptação transcultural; *Beziehungs-Muster Fragebogen*; *Relationship Patterns Questionnaire*; Transferência.

ABSTRACT

Introduction: The transcultural adaptation to Brazilian Portuguese of the *Beziehungs-Muster Fragebogen - BeMus-3*, known in the international literature as *Relationship Patterns Questionnaire*^{1,2} - *RPQ*, a questionnaire that evaluates the

central pattern of relationship, aims at introducing, here, a self-report measure, to implement research projects involving the construct of transference. **Methodology:** The stages of transcultural adaptation were: obtaining permission from the authors; translation of the original instrument into Brazilian Portuguese; judging and adjusting the material translated by professionals in the field of Psychiatry and Psychology; backtranslation; judging semantic equivalence; consensus of professionals in the field and psychiatry and psychology on the adaptability of the instrument to our culture; interlocution with the target population. **Conclusion:** BeMus-3 is a self-report measurement to evaluate the transference or central pattern of the relationship that can make it easier to implement projects to investigate the transference-related aspects of therapeutic relationship. It is a method that is easy to apply and analyze, at a low cost, and does not require the use of VCRs or recorders in the session. Investigative studies on the pattern of relationship may supply further results on the adaptability of this instrument to our culture.

Key Words: Beziehungs-Muster Fragebogen; Relationship Patterns Questionnaire; Transcultural adaptation; Transference.

RESUMEN

Introducción: La adaptación transcultural al Portugués de Brasil del *Beziehungs-Muster Fragebogen* - *BeMus-3*, conocido en la literatura internacional como *Relationship Patterns Questionnaire*^{1,2} – RPQ, cuestionario que evalúa el patrón central de relación, direccionado a la introducción en nuestro medio de una medida auto-aplicable para implementación de proyectos de investigación cuya cuestión involucre el constructo transferencia. **Metodología:** Las fases para la adaptación transcultural fueron: obtención de licencia de los autores; traducción del instrumento original al Portugués de Brasil; juzgamiento y ajuste del material traducido por

profesionales del área de Psiquiatría y Psicología; retrotraducción; juzgamiento de la equivalencia semántica; consenso de profesionales del área de psiquiatría y psicología sobre la capacidad de adecuación del instrumento a nuestra cultura; interlocución con la población blanco. **Conclusión:** El *BeMus-3* es una medida auto-aplicable para evaluación de la transferencia o patrón central de la relación, que podrá facilitar la implementación de proyectos para investigar los aspectos de la relación terapéutica adjuntos con la transferencia. Es um método de fácil aplicación y análisis, de bajo coste y que dispensa el uso de vídeos o grabadores en la sesión. Estudios de investigación acerca del patrón de relación podrán ofrecer más resultados sobre la adaptabilidad de este instrumento para nuestra cultura.

Descriptorios: Adaptación transcultural; *Beziehungs-Muster Fragebogen*; *Relationship Patterns Questionnaire*; Transferencia.

INTRODUÇÃO

O construto transferência teve sua importância reconhecida desde que Sigmund Freud lançou sua teoria em 1905³, no pós-escrito do Caso Dora. O autor definiu transferências como novas edições ou fac-símiles de impulsos e fantasias que são despertados e tornados conscientes durante o progresso da análise. Experiências psicológicas são revividas, mas não mais dirigidas às figuras primitivas do passado, e, sim, à figura do médico na situação atual.

Freud³ colocou a transferência como um obstáculo predestinado à psicanálise que, se for detectada e interpretada ao paciente, torna-se seu mais poderoso aliado. Em *Cinco Lições de Psicanálise*⁴, Freud teorizou o processo da transferência. Expelido da consciência e da lembrança, o impulso continua a existir no inconsciente à espera de oportunidade para se revelar, havendo a formação de um substituto do

reprimido, para lançar à consciência algo que também traz a sensação de desprazer que se julgava resolvida pela repressão.

Melanie Klein⁵ também trouxe contribuições importantes para este construto. Atribuiu a origem da transferência a um momento anterior ao sugerido por Freud. Situou a transferência como oriunda das relações primitivas de objeto, das primeiras relações da criança com o seio.

Freud⁶ afirmou que cada indivíduo desenvolve uma forma própria de conduzir-se. Esta forma se dá através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas nos primeiros anos e apresenta-se como um clichê estereotípico repetido no decorrer da vida.

Outros autores continuam trazendo contribuições a este tema que nunca deixou de ser atual, pois se é instrumento de cura, como disse seu descobridor, é instrumento diário de trabalho. Sua compreensão, então, pode nos aproximar do paciente e, possivelmente, trazer um melhor prognóstico ao tratamento.

Só na base de dados PsycINFO, encontramos 12.125 referências sobre estudos acerca do tema, desde 1971 até junho de 2006. Se usarmos a palavra *transference* como descritor maior, encontraremos 3.552 estudos nesta base de dados, sendo 1.073 estudos empíricos, 39 revisões de literatura, 10 estudos qualitativos, 8 estudos quantitativos e demais com outras metodologias. A natureza dos trabalhos estende-se desde abordagens puramente psicanalíticas até associações entre o construto e transtornos psiquiátricos.

Nesse contexto, vem crescendo o número de instrumentos disponíveis para aferição do padrão central de relacionamentos ou dos clichês que se repetem no

decorrer da vida. Podemos classificar estes instrumentos em observacionais e instrumentos auto-aplicáveis.

Dentre os instrumentos observacionais, podemos citar o *Core Conflictual Relationship Theme – CCRT*⁷, *Plan Formulation Method*⁸, *Configurational Analysis Method*⁹, *Frame Method*¹⁰, *Cyclical Maladaptive Pattern Method*¹¹, *Idiographic Conflict Formulation Method*¹², *Consensual Response Formulation Method*¹³.

Entre as medidas auto-aplicáveis, citamos o *INTREX Questionnaire*¹⁴, *Central Relationship Questionnaire – CRQ*¹⁵ e o *Relationship Patterns Questionnaire – RPQ*^{1,2} [*Beziehungs-Muster Fragebogen – BeMus-3*].

Existem instrumentos robustos, tanto observacionais quanto auto-aplicáveis, como os citados nos dois parágrafos anteriores. Sem querer traçar um comparativo entre as duas formas de avaliar a transferência, pois isto seria bastante complexo, citamos algumas vantagens dos instrumentos auto-aplicáveis. De maneira geral, são instrumentos de baixo custo de aplicação e análise, pois dispensam um número maior de pessoas envolvidas para sua avaliação (juizes), são de aplicação mais rápida e mais objetivos.

O BeMus-3 (RPQ) é um questionário auto-aplicável baseado no modelo interpessoal de Benjamin¹⁶ – *Structural Analysis of Social Behavior – SASB* e na CCRT⁷. Apresenta uma forma longa e uma forma abreviada.

Neste estudo, relatamos a adaptação transcultural deste instrumento, em sua forma abreviada, para uso em estudos exploratórios de investigação sobre o construto transferência, alguns dos quais, neste momento, já realizados por nossa equipe de pesquisa ou em fase de conclusão. O objetivo principal seria, então, introdução em nosso meio de um instrumento para avaliação da transferência que

tenha um bom suporte teórico e seja de aplicação compatível com nossas condições socioeconômicas.

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

O BeMus-3, RPQ^{1,2} na literatura internacional, é um questionário desenvolvido pelos pesquisadores Regina Kurth e Dan Pokorny, validado em 2002¹, 2004². O título original do instrumento é *Der Beziehungsmuster Fragebogen*. Apresenta-se em uma versão longa e outra versão abreviada, esta última, submetida à adaptação transcultural para o Português do Brasil, neste estudo.

Os itens e escalas do BeMus-3 (RPQ) têm sua teoria baseada no modelo interpessoal de Benjamin¹⁶ – SASB, um modelo mais elaborado que apresenta três focos: o transitivo, o intransitivo e o introjetivo. O transitivo é o eixo direcionado ao outro. O intransitivo é direcionado ao próprio sujeito. O introjetivo representa os processos intrapsíquicos.

O modelo SASB é um modelo detalhado, conceitualmente rigoroso e psicometricamente avançado, descendente do modelo original de Leary¹⁷. O SASB permite que comportamentos interpessoais ou seus análogos intrapsíquicos sejam representados matematicamente como pontos em uma das três coordenadas inter-relacionadas de duas dimensões¹⁸. Qualquer processo interpessoal, então, pode ser descrito, matematicamente, localizando-se o mesmo em um ou mais pontos do SASB. Similarmente, diferenças e mudanças podem também ser quantificadas através das propriedades matemáticas deste modelo¹⁸.

Assim, o BeMus-3 (RPQ) apresenta 8 escalas unipolares descrevendo a RS (resposta do *self*) e 8 escalas unipolares descrevendo a RO (resposta do outro). A escala é calculada como uma média dos 4 itens que mostram a mesma resposta,

mas com 4 diferentes situações. Para eliminar um fator geral, a média dos 32 itens é subtraída de um fator geral.

Na versão longa, a relação com cada pessoa de referência é avaliada através de 32 itens no nível self, 32 itens no nível objeto e 16 itens no nível introjetivo, englobando as 8 escalas unipolares do modelo circumplexo interpessoal.

A versão abreviada, para a qual foi feita esta adaptação transcultural, inclui a metade do número de questões da versão longa. Nesta, a relação, então, com cada pessoa de referência é avaliada por 16 itens no nível self (RS), 16 itens no nível objeto (RO) e 8 itens no nível introjetivo (I). A versão abreviada abrange apenas 4 escalas do modelo circumplexo interpessoal, ou seja, as escalas 1, 3, 5, 7, descritas anteriormente. Assim, os resultados fornecidos por esta escala organizam-se em 3 níveis (RS, RO, I) e cada nível fornece escores para as escalas incluídas na forma abreviada deste instrumento. O escore de cada escala é obtido pela média dos itens relacionados à respectiva escala. Cada item é mensurado através de escala *likert* de 5 pontos.

O BeMus-3 (RPQ) avalia, então, o padrão de relação baseado na resposta do indivíduo à conduta de outra pessoa (RS), no que o indivíduo imagina ser a resposta de outra pessoa a sua conduta (RO) e como este indivíduo age após o confronto com esta pessoa (I).

Pode ser aplicado a qualquer pessoa de referência e a períodos de tempo diferentes (presente ou infância). O respondedor assinala os itens correspondentes a sua conduta como reação a um comportamento da pessoa de referência; depois, assinala o que imagina ser o comportamento da outra pessoa frente a uma conduta sua; em outra questão, coloca a sua percepção de como seria sua reação após um conflito com o outro.

O BeMus-3 (RPQ) é um instrumento auto-aplicável, designado para avaliar o padrão de relação do sujeito com uma pessoa de referência em uma variedade de condições. Pode ser aplicado a qualquer pessoa de referência, em diferentes períodos de tempo (presente ou infância).

Até junho de 2006, havia cinco publicações a respeito deste instrumento na base de dados PsycINFO cujos enfoques eram: validação do instrumento¹, introdução a duas diferentes aplicações do instrumento¹⁹, propriedades psicométricas do instrumento², uma abordagem quantitativa de auto-avaliação de padrões interpessoais²⁰, estudo de validação com uma amostra clínica²¹.

Este instrumento foi cedido para uso neste estudo pelos autores Regina Kurth e Dan Pokorny através de um trabalho de cooperação com os mesmos.

MÉTODO

Etapas do desenvolvimento da adaptação transcultural do BeMus-3 para o Português do Brasil

I – Obtenção da licença dos autores

O contato com a primeira autora Regina Kurth ocorreu, inicialmente, em novembro de 2004, após a publicação do estudo sobre as propriedades psicométricas do BeMus-3. Foram feitos sucessivos contatos via e-mail, através dos quais ficou combinado um trabalho de cooperação usando este instrumento. Foi obtido o instrumento em sua íntegra nas versões longa e abreviada e, também, licença para a tradução do mesmo.

II - Tradução

Realizada a partir do material original em alemão, por tradutor oficial, bilíngüe, fluente em alemão e português. O material obtido foi revisado por profissional da

área da psicologia, com fluência no idioma alemão, que realizou, junto com profissional da Psiquiatria, os ajustes considerados adequados para a adaptação.

III - Retrotradução

Um tradutor alemão profissional, com fluência no idioma Português, realizou esta etapa, sem tomar conhecimento do material original em Alemão, traduzido para o português por outro tradutor, citado no item II da metodologia.

IV - Julgamento da equivalência semântica

Foi realizado pela autora do instrumento Regina Kurth, que fez sugestões na versão retrotraduzida abreviada, num total de sete. A equipe trabalhou os ajustes lingüísticos para a versão em Português do Brasil. Estes foram novamente traduzidos para o Alemão e reenviados aos autores até que fosse confirmada pelos mesmos a equivalência semântica do texto.

V - Consenso acerca da adaptação transcultural

Realizado por doze profissionais da área da Psiquiatria e Psicologia. Solicitou-se aos profissionais para avaliarem o conteúdo de cada item e relacionarem-no à uma escala do modelo interpessoal.

VI - Interlocução com a população-alvo

A versão do instrumento foi apresentada, então, a dez indivíduos de várias idades (entre 18 e 60 anos), de diversos níveis educacionais (fundamental, médio, superior), os quais preencheram a escala e expressaram sua opinião sobre a facilidade de compreensão da mesma ou dificuldade no entendimento de algum item.

RESULTADOS

Através das etapas descritas na metodologia, obteve-se uma versão para o português do Brasil do instrumento BeMus-3(RPQ), usado para avaliação do padrão central da relação ou padrão transferencial.

Após a etapa de retrotradução, no julgamento da equivalência semântica, os autores do instrumento sugeriram alteração em sete palavras do questionário. Os ajustes lingüísticos foram feitos pela equipe de pesquisa com a supervisão de um tradutor profissional fluente em alemão e português.

Na etapa de consenso acerca da adaptação transcultural do BeMus-3, realizada por doze profissionais da área da psiquiatria e psicologia, avaliando a adequada correlação entre cada item e a escala correspondente, houve concordância de 100% nesta correlação, coerente com a proposta do instrumento.

Na etapa de interlocução com a população alvo, os dez pacientes que responderam ao questionário não apresentaram dificuldades no seu preenchimento, considerando o material compreensível. Não foi feito, então, nenhum ajuste após esta última etapa da metodologia.

A versão final do BeMus-3 (RPQ) em Português do Brasil teve também a forma do instrumento original mantida.

DISCUSSÃO

A transferência, construto base na pesquisa de tratamentos na linha psicanalítica, já foi definida por Freud, em 1905³, como agente de resistência e cura. Através de seu entendimento, o terapeuta pode chegar à compreensão dos impulsos e fantasias do paciente dirigidos às figuras primárias e, conseqüentemente, ao padrão de relacionamento usado pelo paciente.

Para quantificá-la, ou seja, para traduzir esta compreensão em dados confiáveis, passíveis de serem avaliados e de fornecerem resultados estatisticamente aceitos, foi desenvolvida uma série de instrumentos, principalmente, nas últimas três décadas. Muitos destes métodos, porém, requerem vários profissionais envolvidos, necessitando, assim, de maior período de tempo para aplicação e análise e, às vezes, é necessário vídeo ou gravador na sessão.

Nos últimos anos, medidas auto-aplicáveis vêm sendo desenvolvidas para suprir algumas dificuldades enfrentadas com os métodos observacionais. Porém, é importante ressaltar que estes comentários não visam comparar os diferentes métodos quanto à sua capacidade de medir as variáveis a que se propõem, visto existirem métodos observacionais já consagrados na literatura, com excelente referencial teórico. Objetivam, apenas, justificar a introdução de novos instrumentos que podem, talvez, adaptarem-se bem aos nossos objetivos.

O BeMus-3 (RPQ) é, então, um questionário auto-aplicável, de baixo custo de aplicação, que dispensa o uso de vídeos ou gravadores na sessão. A implementação de estudos usando este instrumento vai responder mais profundamente acerca de sua real adaptabilidade e funcionalidade para avaliar a transferência em nosso meio.

Uma observação importante acerca do referido instrumento é de que o mesmo ainda se encontra em evolução no seu país de origem e é passível de sofrer novos ajustes nos próximos anos. Neste estudo, desenvolvemos a adaptação transcultural da forma abreviada do instrumento, que aguarda estudos de validação em nosso meio.

A disponibilização de instrumentos que avaliem construtos fundamentais como a transferência serve de suporte à pesquisa, podendo nos fornecer resultados que melhorem a qualidade dos tratamentos psicoterápicos.

CONCLUSÕES

Hentschel²² explica que o pequeno número de estudos exploratórios, de metodologia empírica, sobre aspectos da relação entre paciente e terapeuta deve-se, entre outros fatores, à descrença dos clínicos acerca da capacidade dos instrumentos disponíveis de avaliar a relação terapêutica. Infere, porém, que já se percebem mudanças neste panorama devido ao aumento das escalas bem fundamentadas teoricamente.

Transferência é um construto fundamental para a pesquisa na linha psicanalítica e mesmo em outras áreas da Psiquiatria. Vem aumentando, na literatura internacional, o número de estudos que investigam a relação entre transferência e transtornos psiquiátricos, ou entre transferência e apego, para exemplificar. A introdução em nossa comunidade de instrumentos desenvolvidos para avaliação do padrão transferencial poderá propiciar suporte para melhorar o entendimento de nosso paciente, visto que o tema envolve grande parte de seus processos mentais.

O BeMus-3 (RPQ) é um instrumento auto-aplicável, de rápida administração e análise. O custo é baixo e apresenta um bom suporte teórico. Porém, é importante que sempre usemos de nosso julgamento crítico para avaliar o quanto determinada medida ajusta-se à nossa população.

Ao se trabalhar com instrumentos de pesquisa, deve-se conhecer suas vantagens, aplicabilidades e também suas limitações. Cada situação de pesquisa é

um contexto em particular e generalizações podem trazer prejuízos ao estudo, ou seja, saber o que se deseja investigar e buscar a escala de medida que melhor cumpra os objetivos é passo decisivo para a obtenção de resultados confiáveis.

A versão do BeMus-3(RPQ) para o português do Brasil foi realizada e considerada adequada por profissionais da área da psiquiatria e psicologia e compreensível pelos pacientes da amostra retirada da população-alvo.

REFERÊNCIAS

1. Kurth RA, Pokorny D, Körner A, Geyer M. The Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Validation by using a representative sample. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 2002; 52:179-88.
2. Kurth RA, Korner A, Geyer M, Pokorny D. Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): psychometric properties and clinical applications. *Psychotherapy Research* 2004; 14(4):418-34.
3. Freud S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905). In: Freud, S. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago; 1987. v.7. p.12.117.
4. Freud S. Cinco lições de psicanálise: Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1909). In: Freud, S. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.11. p.13-51.
5. Klein M. The origin of transference. *Int J Psychoanal* 1951; 35:433-8.
6. Freud S. A dinâmica da transferência (1912). In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.12. p.133-43.
7. Luborsky L. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme (1977). In: Freedman N, Grand S. Communicative structures and psychic structures. Washington, DC: Am Psychological Assoc; 1997. p.152-58.
8. Weiss J. Theory and Clinical Observations. In: Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, the psychoanalytic process: theory, clinical observations, and empirical research. J. Weiss, H. (Eds.) New York: Guilford Press; 1986. p. 3-138.
9. Horowitz MJ. States of Mind: analysis of change in psychotherapy. New York: Plenum; 1979.

10. Dahl H. Frames of mind. In: Psychoanalytic process research strategies. Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds). New York: Springer; 1988. p.51-65.
11. Schacht TB, Binder J, Strupp H. The dynamic focus. In: Strupp H, Binder J. Psychotherapy in a new key: a guide to time limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books; 1984. p.65-109.
12. Perry JC, Luborsky L, Silbershaatz C, Popp C. An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same video-taped interview. *Psychiatry* 1989; 52:302-3.
13. Horowitz MJ. Relationship schema formulation: role relationship models and intrapsychic conflict. *Psychiatry* 1989; 52:260-74.
14. Benjamin, L. S. Principles of prediction using structural analysis of social behavior. In R. A. Zucker, J. Arnoff, & A. J. Rabin (Eds.), *Personality and the prediction of behavior*. New York: Academic Press; 1984. p.121-174.
15. Barber JP, Foltz C, Weinryb RM. The Central Relationship Questionnaire: initial report. *J Counseling Psychology* 1998; 45:131-42.
16. Benjamin LS. Structural analysis of social behavior (1974). *Psychological Review* 2004; 81:392-425.
17. Leary T. *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press; 1957.
18. Kächele HH, Thomä H. *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin: Springer-Verlag; 1988.
19. Pokorny D, Kurth RA. Multiple Perspectives: Psychometrics Beyond Right and Wrong: an Introduction to two different applications of the relationship questionnaire. *Psychotherapy Research* 2004; 14(4):415-7.
20. Korner A, Drapeau M, Perry J, Kurth R, Pokorny D, Geyer M. Self-Assessment of Interpersonal Schemas using the Relationship Patterns Questionnaire: a quantitative Approach. *Psychotherapy Research* 2004; 14(4):436-7.
21. Kurth RA, Pokorny D. Der Beziehungs-Muster-Fragebogen (BeMus): Validierung anhand einer klinischen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2005; 55(12):502-11.
22. Hentschel U, Kiessling M, Rudolf G. Therapeutic Alliance and Transference: an exploratory study of their empirical relationship. *Journal of Nervous and Mental Disease, Philadelphia* 1997; 185(4):254-62.

8 ARTIGO 2

**Um Estudo da Relação entre o Padrão Transferencial e a Aliança Terapêutica em
Psicoterapia Psicanalítica**

(Artigo submetido ao Psychotherapy Research)

**Um Estudo da Relação entre o Padrão Transferencial e a Aliança Terapêutica em
Psicoterapia Psicanalítica**

**A Study of the Relationship between the Transferential Pattern and Therapeutic
Alliance in Psychoanalytic Psychotherapy**

Eliane B. Ferreira¹

Maria Lúcia Tiellet Nunes²

Regina A Kurth³

Dan Pokorny⁴

Luciana Terra¹

Simone Hauck¹

Lúcia Helena Freitas Ceitlin¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS – Brasil

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS – Brasil

³ Universidade de Giessen – Alemanha

⁴ University of Ulm - Alemanha

RESUMO

Objetivo: Investigar relação entre transferência e aliança terapêutica em psicoterapia psicanalítica. **Método:** Estudo transversal com 63 pacientes e seus 27 terapeutas. Para avaliação da transferência e aliança foram aplicados o *Relationship Patterns Questionnaire* - RPQ (Kurth, Pokorny, Körner & Geyer, 2002; Kurth, Körner, Geyer & Pokorny, 2004) e *The Revised Helping Alliance questionnaire* - HAQ-II (Luborsky et al., 1996), respectivamente; para controle de sintomas não psicóticos, o *Self Report Questionnaire* - SRQ-20 (Mari & Williams, 1986) e para controle dos mecanismos de defesa, *Defense Style Questionnaire* - DSQ-40 (Blaya, 2005). Outras variáveis foram coletadas através de formulário de pesquisa. **Resultados:** considerando-se a aliança versão paciente para α 0,05, verificou-se significância entre: média maior na escala de submissão à mãe (média=0,2920; dp=0,20281; p=0,026) e ao

pai (média=0,33; dp=0,23846; p=0,014) e aliança forte; média maior na escala de ataque à mãe (média=-0,1429; dp=0,24124; p=0,004) e ao pai (média=-0,2044; dp=0,26292; p=0,024) e aliança fraca; média maior na escala de imposição ao terapeuta (média=0,734; dp=0,15269; p=0,028) e aliança fraca; média maior na escala de amor do terapeuta – nível objeto – e aliança fraca (média=0,5060; dp=0,13333; p=0,039). Em relação à aliança versão terapeuta, encontrou-se: média maior na escala de imposição da pessoa significativa – nível objeto – e aliança forte (média=0,1317; dp=0,18479; p=0,032); média maior na escala de submissão da mãe – nível objeto – e aliança fraca (média=-0,0893; dp=0,17908; p=0,049). Outras variáveis transferenciais não apresentaram relação significativa com a qualidade da aliança.

Conclusões: Os resultados sugerem relação entre aliança terapêutica e alguns estereótipos de conduta dirigidos, originalmente, às figuras primárias.

Descritores: Aliança terapêutica; Psicoterapia psicanalítica; Relationship Patterns Questionnaire; The Revised Helping Alliance questionnaire; Transferência.

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between transference and therapeutic alliance in psychoanalytic psychotherapy. **Method:** Cross-sectional study of 63 patients and their therapists. In order to evaluate transference and alliance, the following were applied: the Relationship Patterns Questionnaire – RPQ (Kurth, Pokorny, Körner & Geyer, 2002; Kurth, Körner, Geyer & Pokorny, 2004) and The Revised Helping Alliance questionnaire - HAQ-II (Luborsky et al., 1996), respectively; to control non-psychotic symptoms, the Self Report Questionnaire - SRQ-20 (Mari & Williams, 1986) and to control the defense mechanisms, the Defense Style Questionnaire - DSQ-40 (Blaya, 2005). Other variables were collected using the study protocol. **Results:** considering the patient-version alliance, α 0.05, significance was found between the higher mean on the scale of submission to the mother (mean=0.2920; sd=0.20281; p=0.026) and to the father (mean=0.33; sd=0.23846; p=0.014) and a strong alliance; higher mean on the scale of attack against the mother (mean=-0.1429; sd=0.24124; p=0.004) and against the father (mean=-0.2044; sd=0.26292; p=0.024) and weak alliance: higher mean on the scale of imposition on the therapist (mean=0.734; sd=0.15269;

p=0.028) and weak alliance; higher mean on the scale of love from the therapist – object level – and weak alliance (mean=0.5060; sd=0.13333; p=0.039). As to the therapist-version alliance, a higher mean was found on the scale of imposition of the significant person – object level – and strong alliance (mean=0.1317; sd=0.18479; p=0.032); higher mean on the scale of submission of the mother – object level – and weak alliance (mean=-0.0893; sd=0.17908; p=0.049). Other transferential variables did not present a significant relationship with the quality of the alliance. **Conclusions:** The results suggest a relationship between therapeutic alliance and a few stereotypes of behavior, originally aimed at the primary figures.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy; Relationship Patterns Questionnaire; The Revised Helping Alliance questionnaire; Therapeutic alliance; Transference.

INTRODUÇÃO

Em 1905, no epílogo do Caso Dora, Freud definiu transferências como novas edições ou fac-símiles de impulsos e fantasias que são despertados e tornados conscientes durante o progresso da análise. Explicou que experiências psicológicas são revividas, porém, não mais dirigidas às figuras primárias no passado e, sim, dirigidas ao médico, no presente, sendo novas impressões ou reimpressões. Colocou a transferência como um obstáculo predestinado à psicanálise que, se for detectada e interpretada ao paciente, torna-se seu mais poderoso aliado.

Trata-se, acrescentou Freud, em 1909, de uma relação de objeto de raiz infantil, inconsciente, irracional, que confunde passado com presente. Em *A Dinâmica da Transferência*, Freud (1912) postulou que a mesma tem origem em estereótipos, alimentados por impulsos. Destes, parte alcançaria desenvolvimento completo e parte ficaria detida no curso do desenvolvimento. A primeira dirige-se à realidade e a segunda fica separada da realidade, permanecendo inconsciente.

A aliança terapêutica foi definida como uma relação positiva e estável entre paciente e terapeuta ou como base indispensável para o tratamento analítico (Zetzel, 1956). Em 1927, Anna Freud já destacava sua importância para o curso da análise, bem como o papel do ego e a análise das defesas. Colocava que nem todas as crianças desenvolviam transferência,

aspecto de divergência com Melanie Klein (1926), a qual pensava que todas desenvolviam transferência. Esta última autora não considerava o conceito de aliança terapêutica. Acreditava que a relação paciente-terapeuta tinha origem nas relações primitivas de objeto, na relação da criança com o seio.

A discussão a respeito de aliança terapêutica ser um construto a parte ou ser integrante da transferência prosseguiu após a década de vinte. Freud (1912), em *A Dinâmica da Transferência*, havia dito que as resistências se alimentam tanto da transferência erótica, quando assume um caráter sexual, como da transferência negativa, deixando separada delas a transferência positiva sublimada, motor do tratamento tanto na análise como em outros métodos. A controvérsia acerca da relação entre aliança terapêutica e transferência vem evoluindo no sentido da não distinção absoluta destes conceitos. Aliança terapêutica tem a ver, muitas vezes, com a transferência positiva e até com a negativa, apesar de tentativas de separar conceitualmente os dois fenômenos (Etchegoyen, 1989). Então, pode-se questionar o conceito de aliança como relação estável e positiva entre paciente e terapeuta. Seria sempre, de fato, positiva? Ou impulsos inconscientes, que não atingiram seu completo desenvolvimento e que se acham submetidos ao princípio do prazer também poderiam estar envolvidos na aliança terapêutica? Importante lembrar, neste ponto, o valor que Melanie Klein (1926) atribuiu à análise contínua e rigorosa das fantasias do paciente em relação à tarefa analítica. Investigar as imagos infantis e aproximar-se dos impulsos inconscientes a elas primitivamente dirigidos talvez possa informar acerca do vínculo paciente-terapeuta mais do que a simples constatação de que existe uma ligação positiva entre ambos, chamar isto de aliança terapêutica, entendendo-a como uma entidade distinta, que é explicada apenas pela parte sadia da personalidade do paciente.

Progressivamente, a maioria dos autores passou a não ver a aliança terapêutica como completamente distinta da transferência. Até mesmo os psicólogos do ego evoluíram para considerarem seus limites não demarcados. Zetzel, que definiu em 1956 a aliança terapêutica como a relação estável que permite que a análise evolua, em 1974 (Zetzel & Meissner), apesar de manter o conceito, afirmou que as faculdades do ego estão intimamente ligadas à resolução de conflitos pré-genitais e que, quando o analista se aproxima do nível destes conflitos, a

relação que constitui a base da aliança terapêutica está ela própria incluída na análise da transferência. Acrescentou que, neste momento, a neurose de transferência e a aliança terapêutica tendem a se mesclar até um ponto que não é mais possível distingui-las.

Hentschel, Kiessling & Rudolf (1997) estudaram a relação entre transferência e aliança terapêutica em 126 pacientes. O objetivo principal era comparar as imagens introjetadas dos pais com a imagem do terapeuta e examinar seu impacto sobre a aliança terapêutica, que foi avaliada através da versão do terapeuta do Therapeutic Working Alliance - TWA (Rudolf, 1991). Quando as imagens parentais e a imagem do terapeuta foram comparadas com 10 construtos pré-formulados e 10 perfis (incluindo os perfis de mãe, pai, terapeuta), foram construídas quatro tipos de imagens do pai e quatro tipos de imagens da mãe. Os resultados mostraram relação significativa entre imagem internalizada materna tímida-depressiva ou fálica-energíca com escores altos de aliança terapêutica. Imagem de mãe idealizada teve os mais baixos escores para aliança terapêutica e imagem de mãe rígida-compulsiva teve escores intermediários.

Verga, Azzone, Vigano & Freni (1999) estudaram a relação entre aliança terapêutica e padrões de transferência em 28 homens e 29 mulheres adultas, entre 16 e 52 anos. Para avaliar a transferência foi usado o Core Conflictual Relationship Theme - CCRT (Luborsky, 1977) e para avaliar a aliança terapêutica, o Therapeutic Alliance Method (Luborsky, Crits Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1983). Os resultados não mostraram relação significativa entre aliança terapêutica e padrões de transferência.

O objetivo da presente investigação foi avaliar se existe relação entre o padrão transferencial e a aliança terapêutica em pacientes em curso de psicoterapia psicanalítica.

MÉTODOS

O estudo foi do tipo observacional transversal com amostragem de conveniência. Participaram do estudo 63 pacientes adultos e seus 27 terapeutas. O período de coleta dos dados estendeu-se durante os anos de 2005 e 2006.

O fator em estudo foi o padrão transferencial ou padrão central da relação; a variável de desfecho, a aliança terapêutica. Quanto a outras variáveis de interesse relacionadas ao

paciente, controlou-se a idade, sexo, escolaridade, profissão, renda, estado civil, tempo e frequência de tratamento, realização de psicoterapia anterior, sintomas não psicóticos, mecanismos de defesa. Dentre as relacionadas ao terapeuta, controlou-se o sexo. Também foram levantadas a idade e experiência do terapeuta.

Crítérios de inclusão

Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento psicoterápico no Programa de Psicoterapia Psicanalítica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seus terapeutas.

Crítérios de exclusão

Pacientes com diagnósticos de retardo mental(DSM-IV), transtornos psicóticos (DSM-IV) e transtornos relacionados a substâncias (DSM-IV) com período atual de abstinência menor do que 6 meses ou não abstinentes. A avaliação diagnóstica, segundo o DSM-IV, foi realizada pelos terapeutas através de entrevista clínica por ocasião do ingresso dos pacientes no Programa. As informações relacionadas ao diagnóstico psiquiátrico de eixo I e II e outras de interesse desta pesquisa foram fornecidas pelos terapeutas através de preenchimento do formulário de pesquisa elaborado para a presente investigação.

Instrumentos

Foram aplicados por uma equipe composta por um médico psiquiatra, um psicólogo e 9 estudantes de medicina. Houve breve treinamento da equipe nos métodos de avaliação das variáveis, visto se tratarem de instrumentos auto-aplicáveis. A administração dos instrumentos aos pacientes teve duração média de uma hora e foi realizada individualmente para cada paciente, em um encontro.

Relationship Patterns Questionnaire - RPQ (Kurth, Pokorny, Körner & Geyer, 2002; Kurth, Körner, Geyer & Pokorny, 2004)

Questionário auto aplicável usado para avaliação do padrão transferencial ou padrão central de relação. Validado na Alemanha por Kurth, Pokorny, Körner & Geyer (2002) e Kurth, Körner, Geyer & Pokorny (2004). Desenvolvido a partir de análise fatorial do CCRT (Luborsky, 1977) e baseado no modelo interpessoal – Structural Analysis of Social Behavior – SASB (Benjamin, 1974) e no CCRT (Luborsky, 1977).

A versão do RPQ usada neste estudo corresponde a um desenvolvimento posterior do RPQ de 8 escalas unipolares: 1) Imposição; 2) Aceitação; 3) Amor; 4) Ajuda; 5) Submissão; 6) Defesa; 7) Ataque; 8) Indiferença. A versão atual apresenta uma forma longa e uma forma abreviada, esta última utilizada neste trabalho, a qual apresenta 4 escalas unipolares: 1) Imposição; 3) Amor; 5) Submissão; 7) Ataque. De acordo com o modelo de Benjamin (1974), estas 4 escalas distribuem-se num espaço bidimensional com os eixos de afiliação (Amor e Ataque) e interdependência (Imposição e Submissão).

O RPQ fornece um escore para cada escala, em 3 diferentes níveis: self (RS), objeto (RO), introjetivo (I). O nível self avalia a resposta do sujeito frente a determinado comportamento de outra pessoa (terapeuta, amigo, filho, mãe, pai, ...). O nível objeto avalia a crença do sujeito acerca do comportamento da outra pessoa em resposta a determinado comportamento seu e o nível introjetivo avalia o comportamento do sujeito após um confronto com a outra pessoa (Kurth, Körner, Geyer & Pokorny, 2004). O questionário, forma abreviada, está, então, estruturado da seguinte maneira: 16 itens divididos em 4 questões avaliam a resposta do self (RS). Os 16 itens seguintes avaliam a resposta do objeto (RO) e 8 itens avaliam o nível introjetivo (I). O escore é obtido pela média dos itens relacionados à respectiva escala e, por fim, a média é subtraída de um valor de medida individual.

O nível introjetivo não foi analisado neste trabalho porque a análise fatorial prévia dos dados deste nível mostrou Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy - KMO baixo, valor 0,454, e baixa percentagem de explicação dos resultados (Rotation Sums of Squared Loadings - percentual cumulativo de 45,668%). Neste estudo, optamos, então, por analisar os níveis self e objeto deste instrumento, pois os escores de ambos são suficientes para nos fornecer respostas necessárias ao objetivo proposto. Neste instrumento, os escores para cada nível são fornecidos de forma independente.

O RPQ foi aplicado a todos os pacientes, considerando 4 pessoas de referência: o terapeuta, uma pessoa importante definida pelo paciente, o pai e a mãe ou figura substituta. Para cada pessoa de referência foram avaliadas 8 variáveis, 4 delas para o nível self e 4 para o nível objeto. Cada variável do RPQ corresponde a uma escala do modelo interpessoal de Benjamin (1974).

Este instrumento foi previamente adaptado para o Português por Ferreira, Nunes, Terra, Hauck & Ceitlin (2006)*.

The Revised Helping Alliance questionnaire - HAq-II (Luborsky et al., 1996)

Usado neste estudo para avaliar aliança terapêutica. Adaptado para o Português por Gomes (2003). Questionário auto-aplicável de 19 itens, com uma versão para o paciente e outra para o terapeuta. Avalia, em escala de 1 a 6, as dimensões essenciais do relacionamento paciente-terapeuta, sentimentos de compreensão, confiança, interesse, cooperação, identificação. O resultado classifica a aliança terapêutica em forte ou fraca. Forte, quando o escore for igual ou maior que a diferença entre a média e o desvio padrão. Fraca, quando o escore for menor que a diferença entre a média e o desvio padrão. Como já visto, o resultado pode ser obtido através do escore total do instrumento ou pelo escore de cada item. Neste estudo, foi analisado o escore total do instrumento para cada versão, preenchido pelo paciente e seu terapeuta, respectivamente.

Self Report Questionnaire - SRQ-20 (Mari & Williams, 1986)

questionário auto-aplicável, desenvolvido inicialmente por Harding et al. (1980), a partir de 4 instrumentos de screening de sintomas psiquiátricos de 4 diferentes países, com 24 itens, sendo 20 para detecção de sintomas não psicóticos e 4 para detecção de sintomas psicóticos. A validação brasileira de Mari e Williams, em 1986, foi feita para a sessão de sintomas não psicóticos, ou seja, 20 itens. O ponto de corte usado neste estudo é, respectivamente, 8 para mulheres e 6 para homens, conforme o trabalho de Mari & Williams(1986).

Defense Style Questionnaire - DSQ-40 (Blaya, 2005)

questionário objetivo, auto-aplicável com 40 questões, validado no Brasil por Blaya (2005). Avalia 20 defesas divididas em 3 grupos: maduro, neurótico e imaturo. Ele pode fornecer os escores das 20 defesas e os escores dos 3 grupos. Os escores das defesas são calculados pela média de 2 itens para cada mecanismo de defesa. Os escores dos grupos, pela média dos escores das defesas que pertencem àquele grupo. Cada item é pontuado numa

*Artigo submetido à Revista de Psiquiatria do RS.

escala de 1 a 9, 1 indicando discordo completamente e 9 indicando concordo plenamente. Neste estudo, usado para controle do padrão defensivo dos pacientes.

Análise estatística

Foram incluídos na análise 63 pacientes e seus 27 terapeutas. Os testes estatísticos usados foram teste t de Student para comparação das médias das variáveis contínuas da escala de transferência entre os pacientes com aliança terapêutica fraca e forte, assim como para controle de possível efeito das outras variáveis contínuas de interesse (mecanismos de defesa, idade, escolaridade) sobre o desfecho aliança terapêutica. Também empregado para avaliar relação entre a transferência (variável contínua) e outras variáveis categóricas (sexo, frequência da terapia, estado civil, sintomas não psicóticos). O teste exato de Fisher foi utilizado para controle do efeito de variáveis categóricas sobre o desfecho (presença ou ausência de sintomas não psicóticos, sexo, estado civil e frequência da terapia atual-categorizada); o teste de Mann-Whitney, para controle da duração da terapia (variável que não apresentou distribuição normal) sobre o desfecho. A correlação de Pearson foi usada para avaliar o efeito da variável contínua mecanismo de defesa sobre a transferência. O nível de significância foi de alfa 0,05 bilateral. Usada a versão 14.0 do SPSS.

Ética

Estudo aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive, quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde pela comissão científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pacientes e terapeutas autorizaram sua participação mediante assinatura do respectivo termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 63 pacientes em psicoterapia psicanalítica no Programa de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria de um hospital geral e seus 27 terapeutas. Dentre os pacientes, 50 eram mulheres (79,40%), com média de idade de 39,02 (dp9,84) anos; e 13 homens (20,6%), com média de idade de 38,15 (dp11,61) anos. As características da amostra

dos pacientes encontram-se descritas na Tabela 1. A amostra dos terapeutas foi composta de 27 pessoas, com média de idade 27,46 anos (dp1,80), sendo 14 (51,85%) mulheres e 13 (48,15%) homens. Todos os terapeutas freqüentavam o segundo ou terceiro ano do Programa de Residência Médica em Psiquiatria ou Curso de Especialização em Psiquiatria. As características dos terapeutas encontram-se descritas na Tabela 2.

Um percentual de 46,1% da amostra de pacientes tinha o diagnóstico prévio de depressão; 17,5%, transtorno bipolar; 22,2% da amostra não tinham diagnóstico de eixo I.

Na amostra, 7,9% tinham o diagnóstico prévio de transtorno de personalidade borderline; 7,9%, outro tipo de transtorno de personalidade (transtorno de personalidade dependente e transtorno de personalidade sem outra especificação). Da amostra, 81% não tinham diagnósticos prévios em nível de eixo II. Demais diagnósticos da amostra de pacientes estão listados na Tabela 3. A classificação diagnóstica para eixo I e II foi feita conforme critérios do DSM-IV.

Detectou-se também como resultado que 46% da amostra usavam antidepressivo no momento da coleta dos dados; 22,2%, estabilizador de humor; 6,3%, benzodiazepínicos; 6,3%, antipsicóticos; 4,8%, outras medicações (metilfenidato, topiramato); por sua vez, 33,3% da amostra não usavam medicações.

Aliança terapêutica

Dos 63 pacientes participantes, 54 (85,7%) perceberam sua aliança como forte, e 9 (14,3%) perceberam sua aliança como fraca - tabela 4. Os terapeutas perceberam a aliança como forte em 76,2% da amostra de pacientes (n=48) e a aliança como fraca em 15 pacientes (23,8%) - tabela 5. Não houve concordância significativa entre pacientes e terapeutas para a percepção da qualidade da aliança, com um Kappa de 0,188.

A relação entre transferência e aliança terapêutica

A aliança terapêutica foi analisada como variável dicotômica (fraca ou forte). O RPQ forneceu 32 variáveis quantitativas. Foi usado, então, o teste t de Student para comparação de duas amostras independentes. Encontrou-se significância estatística (considerando-se alfa de 0,05) para algumas associações, cujas médias, desvio-padrão, p-value e tamanho de efeito padronizado encontram-se descritos na Tabela 4.

Transferência – nível self x aliança terapêutica percebida pelo paciente

Encontrou-se significância na relação entre: média maior na escala de submissão à mãe ($p=0,026$; $TEP=0,82$) e ao pai ($p=0,014$; $TEP=0,91$) e aliança forte; média maior na escala de ataque à mãe ($p=0,004$; $TEP=1,07$) e ao pai ($p=0,024$; $TEP=0,84$) e aliança fraca; média maior na escala de imposição ao terapeuta ($p=0,028$; $TEP=0,81$) e aliança fraca. As demais escalas do nível self do RPQ para as quatro pessoas de referência avaliadas não apresentaram relação significativa com a qualidade da aliança percebida pelo paciente (Tabela 4).

Transferência – nível objeto x aliança terapêutica percebida pelo paciente

Observou-se média significativamente maior na escala de amor do terapeuta (o quanto o paciente considera que o terapeuta lhe trate amigavelmente) relacionada com aliança fraca ($p=0,039$; $TEP=0,76$). Nas demais escalas deste nível, não se observou relação significativa com a qualidade da aliança percebida pelo paciente para nenhuma pessoa de referência.

Transferência – nível self x aliança terapêutica percebida pelo terapeuta

Não se encontrou relação significativa entre as variáveis.

Transferência – nível objeto x aliança terapêutica percebida pelo terapeuta

Encontrou-se relação significativa entre a escala de imposição da pessoa significativa (o quanto o paciente acha que a outra pessoa se auto-afirme) e aliança forte ($p=0,032$; $TEP=0,67$); entre a escala de submissão da mãe (o quanto o paciente considera a mãe submissa) e aliança fraca ($p=0,049$; $TEP=0,58$). Todas as demais escalas do nível objeto do RPQ não mostraram associação significativa com a aliança percebida pelo terapeuta (Tabela 5).

Comparação entre as demais variáveis e o desfecho aliança terapêutica versão paciente e terapeuta

o sexo do paciente teve correlação significativa com o tipo de aliança percebida pelo mesmo, pelo teste exato de Fisher. Dentre as mulheres, 92% tiveram percepção de aliança forte, e 8%, percepção de aliança fraca. Dentre os homens, 61,5% tiveram percepção de aliança forte, e 38,5%, percepção de aliança fraca. Porém, não houve correlação significativa entre o sexo do paciente e a qualidade da aliança percebida pelo terapeuta. As demais

variáveis controladas: sexo do terapeuta e variáveis relacionadas ao paciente: idade, estado civil, escolaridade, frequência e duração da terapia, sintomas não psicóticos e mecanismos de defesa não apresentaram relação significativa com o desfecho aliança terapêutica para ambas as versões (paciente e terapeuta). A relação das variáveis dicotômicas, contínuas, assimétricas com o desfecho, foi avaliada pelo teste exato de Fisher, teste t de Student, Mann Whitney test, respectivamente.

Comparação entre a variável sexo e a variável independente transferência

Usando-se o teste t de Student para amostras independentes não se encontrou diferença significativa entre o sexo do paciente para as diferentes escalas de transferência.

Observe-se que, como nenhuma possível variável de confusão teve algum tipo de associação significativa com as variáveis dependente e independente, ao serem testadas em separado, não fica indicada a análise multivariada para controle de variáveis de confusão na associação principal do estudo (Katz, 1999).

DISCUSSÃO

O instrumento RPQ proporciona uma avaliação da transferência através de três níveis: self, objeto e introjetivo. O nível self informa como o paciente percebe seu próprio comportamento frente a uma pessoa de referência. O nível objeto informa como o paciente percebe o comportamento da pessoa de referência frente ao comportamento do paciente. O nível introjetivo informa como o paciente percebe seu comportamento após um confronto com a pessoa de referência.

Neste estudo, analisaram-se apenas os níveis self e objeto nas quatro escalas fornecidas pelo instrumento, forma abreviada. O nível introjetivo não foi analisado neste trabalho porque a análise fatorial prévia dos dados deste nível mostrou Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy - KMO baixo, valor 0,454 e baixa percentagem de explicação dos resultados (Rotation Sums of Squared Loadings - percentual cumulativo de 45,668%). KMO baixo significa baixa adequacidade da amostra para os itens referentes no nível introjetivo, que pode ser explicado por algum problema na questão referente a este nível ou por número de sujeitos insuficiente. Como os escores das escalas são fornecidos de forma

independente para cada nível e os dados desta questão do nível introjetivo não entram na sintaxe do nível self e objeto, entendemos que a falta do nível introjetivo não afeta os resultados obtidos. Este nível poderia acrescentar mais resultados no todo, mas sua ausência não invalida os achados. O nível self e o nível objeto fornecem informações sobre o padrão transferencial do paciente e sua possível associação com o desfecho, suficientes para que se cumpra o objetivo deste estudo, sem prejuízo das conclusões, visto que a interpretação dos resultados também é independente para cada nível.

O instrumento usado para avaliar a variável dependente ou aliança terapêutica foi o HAq-II, o qual foi traduzido e adaptado ao nosso meio por Gomes (2003). Este instrumento oferece duas versões para medida da aliança, uma que avalia a percepção do terapeuta e outra que avalia a percepção do paciente. Segundo Hentschel, Kiessling & Rudolf (1997), a versão do terapeuta é a mais usada em estudos exploratórios para vários instrumentos de medida da aliança. Neste estudo, optamos por usar e analisar as duas versões.

Foram encontradas associações significativas entre algumas escalas de padrão transferencial e o desfecho aliança terapêutica.

A pontuação maior na escala de submissão à mãe teve relação significativa com aliança terapêutica forte percebida pelo paciente, o que se repetiu na escala de submissão ao pai. Uma possibilidade de entendimento deste resultado seria que pessoas submissas às figuras primárias tenderiam a idealizar os objetos que pudessem representar àqueles de sua infância e buscar com estes uma situação semelhante à anterior. Importante lembrar que este achado não se repetiu quando a qualidade da aliança foi avaliada pelo terapeuta, ou seja, os terapeutas não consideraram fortes as alianças deste grupo na mesma proporção que os pacientes consideraram, o que fortalece esta possibilidade de entendimento. Isto, então, retiraria a aliança terapêutica percebida pelos pacientes de uma posição de neutralidade na relação, visto que, nesta hipótese, este tipo particular de vínculo estaria apenas repetindo um padrão de submissão expresso na transferência. Resultado similar foi demonstrado por Hentschel, Kiessling & Rudolf (1997), que encontraram escores altos de aliança terapêutica para pacientes que tinham imagens internalizadas de mães fálicas-energias (mães percebidas como fortes, competentes, mas frias, não compreensivas, dominadoras e rígidas). Seriam os

níveis altos de aliança terapêutica neste grupo, conseqüentes a um estereótipo de submissão às figuras parentais e uma resultante tendência de se aliar a objetos idealizados, que poderiam ser transferidos ao terapeuta?

Médias maiores na escala de ataque ao pai e à mãe tiveram relação significativa com aliança terapêutica fraca versão paciente, outro achado que se repetiu para as duas figuras parentais. Poderíamos levantar a hipótese de que um impulso agressivo (memória das relações objetais primitivas) externar-se-ia na relação com o terapeuta, principalmente em condições de frustração com a realidade (Freud, 1912).

Pontuação maior na escala de imposição ao terapeuta teve relação significativa com aliança terapêutica fraca percebida pelo paciente. Se o padrão de conduta de imposição estiver associado a impulsos agressivos, podemos pensar na mesma hipótese formulada para o padrão de ataque no parágrafo anterior. Outra possibilidade seria que o estereótipo de imposição esteja associado a uma dificuldade de estabelecer relações que envolvam algum grau de dependência.

No nível objeto do RPQ, ou seja, no nível que nos informa como o paciente percebe a resposta da outra pessoa na relação consigo, houve significância para a relação entre médias maiores na escala de amor na relação com o terapeuta (o quanto o paciente considera que o terapeuta lhe trata amigavelmente) e aliança terapêutica fraca percebida pelo paciente. O medo de estabelecer algum grau de dependência também poderia ser ponto de partida para o entendimento desta relação. Mas, esta é apenas uma possível interpretação. O que significa para o paciente ser tratado amigavelmente? Isto poderia estar aquém do esperado por suas fantasias? Ou seja, este dado de realidade – ser tratado bem – poderia, aliado a um descontentamento com outros aspectos da realidade, evocar o complexo inconsciente que levaria *imagos infantis* a se depositarem no terapeuta?

Os outros achados significativos deste estudo também podem ser entendidos através de aspectos abordados na teoria da transferência de Freud (1912). Porém, não foi objetivo desta investigação estudar como os estereótipos de cada paciente poderiam aparecer na sua relação com o terapeuta, todavia detectar ou não sua presença no vínculo entre a dupla.

Algumas relações levantadas neste estudo sugerem a presença destes clichês no componente aliança terapêutica. Ou seja, fatores que levam o paciente a perceber sua ligação com o terapeuta como forte podem ter relação com aspectos regressivos como submissão, ou seja, podem pertencer ao complexo inconsciente que contém o material a ser expresso na transferência e não a parte sadia da personalidade como pode superficialmente parecer.

No modelo circunplexo interpessoal, a escala de submissão encontra-se na porção negativa do eixo y (transferência negativa). Assim, os resultados sugerem que a aliança terapêutica forte pode estar associada também à transferência negativa, ou seja, o vínculo que se estabelece entre paciente e terapeuta pode, em parte, ter raízes em padrões de relacionamento oriundos de impulsos libidinais retidos no curso do desenvolvimento, afastados da consciência e da realidade. Assim, o padrão de conduta seria movido pelo princípio do prazer e não da realidade.

Aparecem, então, aspectos da transferência negativa associados tanto com aliança terapêutica fraca como forte, o que questiona uma posição autônoma da aliança em relação aos conflitos do paciente. Cada caso deve ser investigado em particular e as fantasias de cada paciente entendidas. O comportamento geral dos dados, porém, aponta para a necessidade de sempre se avaliar a aliança terapêutica. Talvez, em alguns casos, ela possa revelar aquela parte dos impulsos que não ficou retida no curso do desenvolvimento e que se encontra à disposição da realidade e, em outros, o complexo inconsciente, formado por impulsos que não alcançaram o desenvolvimento completo e que obedecem apenas ao princípio do prazer.

A não concordância entre a percepção da aliança entre pacientes e terapeutas também pode alertar para a ação do reprimido, não disponível à consciência. Assim, aspectos da realidade do paciente poderiam não ser percebidos pelos mesmos ou ser distorcidos.

Importante ressaltar também algumas limitações deste estudo. A maioria das variáveis referentes à transferência não teve relação significativa com o desfecho aliança terapêutica. Um número de sujeitos pequenos no grupo de aliança terapêutica fraca poderia, talvez, ser responsável por este resultado. A adaptação transcultural do instrumento RPQ ao nosso meio é recente e mais estudos são necessários para se conhecer o grau de alcance desta escala a

nossos pacientes. Apesar das limitações, esta investigação forneceu alguns resultados coerentes com o atual referencial teórico em psicoterapia psicanalítica.

CONCLUSÕES

Alguns resultados sugerem que pode existir associação entre padrão transferencial e aliança terapêutica, questionando-se, então, a posição de aceitar a aliança como a porção mais estável da relação, mais sadia da personalidade, sem investigar melhor seu conteúdo.

Conforme a literatura vem sugerindo, alguns dados deste trabalho também concordam que a aliança terapêutica pode ter relação com a transferência positiva e com a negativa. Ou seja, o veículo motor do tratamento pode ter um suporte fortalecido, oriundo de impulsos que atingiram desenvolvimento completo e estão a serviço da realidade. Contudo, mesmo a aliança forte poderia ter um suporte fragilizado, baseado em impulsos que ainda servem ao princípio do prazer, ou seja, impulsos inconscientes.

Ressaltando o que já foi dito na discussão, é fundamental a necessidade de sempre se avaliar a aliança terapêutica. Talvez, em alguns casos, ela possa revelar aquela parte dos impulsos que não ficou retida no curso do desenvolvimento e que se encontra à disposição de realidade e, em outros, o complexo inconsciente, formado por impulsos que não alcançaram o desenvolvimento completo e que obedecem apenas ao princípio do prazer.

Poder-se-ia concluir, então, que a interpretação da aliança terapêutica não deveria ser simplista ou superficial. Os laços que favorecem o vínculo paciente-terapeuta, para serem informativos, devem ser analisados em nível do impulso básico que forma o estereótipo, pois até mesmo um vínculo forte pode estar ligado ao complexo inconsciente que promove regressão da libido em situações de frustrações, o que distanciaria o paciente da realidade.

Mais investigações exploratórias são necessárias para aprofundar as conclusões sobre o tema.

Referências

- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Blaya, C. (2005). Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro. Porto Alegre: UFRGS. 190 f.
- Eizirik, C. L., Aguiar, R. W. & Schestatsky, S. S. (2005). Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Etchegoyen, R. H. (1989). Fundamentos da Técnica Psicanalítica (2nd ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferreira, E., Nunes, M. L. T., Terra, L., Hauck, S. & Ceitlin, L.H.F. (2006). Adaptação Transcultural para o Português Brasileiro do Questionário Sobre Padrão de Relacionamentos Beziehungen - Muster Fragebogen - BeMus-3 [artigo não publicado].
- Freud, A. (1927). Four lectures on child analysis, in writings (vol. 1. pp. 3-69). New York: International Universities Press.
- Freud, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905). In: S. Freud. (1987). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (2nd ed, vol. 7, pp. 12-117). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909). Cinco Lições de Psicanálise: Leonardo da Vinci e outros trabalhos. In S. Freud. (1969). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (pp. 27-28). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. In S. Freud. (1969). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago.
- Gomes, F. G. (2003). A Relação entre os Mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório. Porto Alegre: UFRGS.
- Harding, T. W. et al. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.

- Hentschel, U., Kiessling, M. A. & Rudolf, G. (1997). Therapeutic Alliance and Transference: an exploratory study of their empirical relationship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 254-262.
- Katz, M. H. (1999). Setting up a multivariable analysis: subjects. In *Multivariable Analysis: a practical guide for clinicians* (pp. 60-83). Cambridge: University Press.
- Klein, M. (1926). The psychological principles of early analysis, in love, guilt and reparation and other works. *International Journal of Psychoanalysis*, 7, 241-253.
- Kurth, R. A. (1998). The self-assessment of relationship patterns by means of the Interpersonal Relationship Patterns Questionnaire (IRP) – A study of validation and reliability. Unpublished doctoral dissertation. Ulm, Germany: Universität Ulm.
- Kurth, R. A., Pokorny, D. (1999). Der Beziehungs-Muster Fragebogen – RPQ [The relationship Patterns Questionnaire – RPQ]. Justus-Liebig-Universität Giessen. Unpublished manuscript.
- Kurth, R. A., Pokorny, D., Körner, A. & Geyer, M. (2002). The Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Validation by using a representative sample. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 52, 179-188.
- Kurth, R. A., Korner, A., Geyer, M. & Pokorny, D. (2004). Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): psychometric properties and clinical applications. *Psychotherapy Research*, 14, 418-434.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand. *Communicative structures and psychic structures* (pp. 152-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Crits Christoph, P., Alexander L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs versus a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-492.
- Luborsky, L. et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (Haq-II): psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.

- Mari, J. J. & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Rudolf, G. (1991). *Die Therapeutische Arbeitsbeziehung [The therapeutic working alliance]*. Berlin: Springer.
- Verga, M. C., Azzone, P., Vigano, D., Freni, S. (1999). Empirical approach to the concept of alliance in psychotherapy: help, work, and therapeutic alliance. *Ricerca in Psicoterapia*, 2, 34-62.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zetzel, E. R. & Meissner, W. W. (1974). *Basic concepts of psycho-analytic psychiatry*. New York: Basic Books.

Pacientes	n=63
Idade	38,84±10,14
Escolaridade	12,41± 3,69
Duração da Terapia	5,00 (3 a 15)
Sexo	
Feminino	50 (79,4)
Masculino	13 (20,6)
Estado civil	
Casado	24 (38,1)
Separado	13 (20,6)
Solteiro	26 (41,3)
Nível profissional	
Desempregado	03 (4,8)
Do lar	05 (7,9)
Nível fundamental	21 (33,3)
Nível médio	23 (36,5)
Nível superior	11 (17,5)
Renda (salários-mínimo)*	
Até 03	39 (61,9)
De 04 a 09	20 (31,8)
12 ou mais	04 (6,3)
Freqüência da terapia	
Uma sessão por semana	32 (50,8)
Duas sessões por semana	31 (49,2)
Psicoterapia prévia	
Sim	31 (49,2)
Não	40 (50,8)
Presença de sintomas não psicóticos	
Sim	43 (68,3)
Não	20 (31,7)

Tabela 1 - Características da amostra de pacientes

Notas:

-idade e escolaridade descritas em anos pela média ± desvio padrão

-duração da terapia descrita em meses pela mediana e intervalo interquartil

-variáveis categóricas descritas por n(%).

**Um salário-mínimo corresponde a aproximadamente 100 dólares.*

Terapeutas		n=27
Idade		27,46 ±1,80
Sexo		
Feminino		14 (51,85)
Masculino		13 (48,15)
Formação em curso		
R2		36 (57,2)
R3		27 (42,9)

Tabela 2 - Características da amostra de terapeutas

Notas:

-idade e escolaridade descritas em anos pela média ±desvio padrão

-variáveis categóricas descritas em n(%)

-R2 – segundo ano do Programa de Residência Médica em Psiquiatria ou Curso de Especialização em Psiquiatria

-R3 – terceiro ano do Programa de Residência Médica em Psiquiatria ou Curso de Especialização em Psiquiatria

Eixo I	N	%
Transtorno depressivo	29	46,1
Transtorno bipolar	11	17,5
Transtorno de ansiedade	10	16
Transtorno relacionado a substâncias	4	6,4
Transtorno alimentar	3	4,8
Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	1	1,6
Sem diagnóstico	14	22,2
Eixo II		
Transtorno personalidade borderline	5	7,9
Outros transtornos de personalidade*	5	7,9
Transtorno de identidade de gênero	1	1,6
Jogo patológico	1	1,6
Sem diagnóstico	51	81

Tabela 3 - Transtornos psiquiátricos (DSM-IV)

**Transtorno de personalidade dependente e Transtorno de personalidade sem outra especificação.*

Teste t

RPQ	ATPfraca n=9	ATPforte n=54	p	TEP
MÃE - Self				
	média±dp	média± dp		
Imposição	-,1429±,28599	-,1736±,20279	,693	-
Amor	,1667±,23925	,2298±,19267	,382	-
Submissão	,1190±,25723	,2920±,20281	,026	0,82
Ataque	-,1429±,24124	-,3482±,18365	,004	1,07
MÃE - Objeto				
Imposição	,0853±,21793	,2017±,16707	,069	-
Amor	,1488±,21980	,0906±,22720	,478	-
Submissão	-,0655±,26456	-,2083±,21117	,075	-
Ataque	-,1687±,23165	-,0840±,27724	,390	-
PAI - Self				
Imposição	-,0853±,32461	-,2176±,20926	,112	-
Amor	,1845±,26666	,2454±,17912	,384	-
Submissão	,1052±,30046	,3300±,23846	,014	0,91
Ataque	-,2044±,26292	-,3578±,16852	,024	0,84
PAI - Objeto				
Imposição	,1905±,22676	,2384±,20171	,519	-
Amor	,0952±,23975	,0651±,27383	,758	-
Submissão	-,1905±,15179	-,2497±,20768	,417	-
Ataque	-,0952±,17610	-,0539±,27630	,667	-
TERAPEUTA - Self				
Imposição	,0734±,15269	-,0642±,17259	,028	0,81
Amor	,2798±,23214	,3234±,13770	,432	-
Submissão	-,0694±,22383	,0642±,22232	,101	-
Ataque	-,2837±,14519	-,3234±,13770	,430	-
TERAPEUTA - Objeto				
Imposição	-,0179±,11259	,0876±,19349	,118	-
Amor	,5060±,13333	,3905±,15463	,039	0,76
Submissão	-,1925±,14638	-,1187±,16838	,221	-
Ataque	-,2956±,08091	-,3595±,11363	,112	-

Tabela 4 - Comparação das médias e desvios do padrão transferencial com a qualidade da aliança terapêutica – versão paciente – para as pessoas de referência pai, mãe e terapeuta dp= desvio padrão; p= p-value; TEP= tamanho de efeito padronizado

Teste t

RPQ	ATPfraca n=15	ATPforte n=48	p	TEP
MÃE - Self				
	média±dp	média±dp		
Imposição	-,1583±,22996	-,1726±,21130	,824	-
Amor	,1798±,22733	,2336±,19016	,364	-
Submissão	,2321±,23487	,2783±,21355	,478	-
Ataque	-,2536±,25129	-,3393±,18510	,157	-
MÃE - Objeto				
Imposição	,1250±,16806	,2039±,17849	,135	-
Amor	,1440±,19274	,0848±,23467	,379	-
Submissão	-,0893±,17908	-,2188±,22787	,049	0,58
Ataque	-,1798±,20061	-,0699±,28647	,173	-
PAI - Self				
Imposição	-,2321±,20836	-,1882±,23830	,524	-
Amor	,2393±,18968	,2359±,19537	,953	-
Submissão	,3012±,20637	,2969±,27405	,955	-
Ataque	-,3083±,19191	-,3445±,19070	,524	-
PAI – Objeto				
Imposição	,2119±,21681	,2377±,20210	,673	-
Amor	,0786±,24806	,0666±,27590	,881	-
Submissão	-,2024±,15042	-,2533±,21393	,395	-
Ataque	-,0881±,22962	-,0510±,27497	,638	-
TERAPEUTA - Self				
Imposição	-,0798±,16489	-,0335±,17901	,377	-
Amor	,3345±,17684	,3118±,14637	,619	-
Submissão	,1155±,23890	,0231±,21935	,168	-
Ataque	-,3702±,14388	-,3013±,13381	,092	-
TERAPEUTA - Objeto				
Imposição	,0607±,22414	,0763±,17657	,781	-
Amor	,4321±,17719	,3992±,15020	,480	-
Submissão	-,1202±,20709	-,1321±,15395	,812	-
Ataque	-,3726±,10796	-,3434±,11253	,379	-

Tabela 5 - Comparação das médias e desvios do padrão transferencial com a qualidade da aliança terapêutica – versão terapeuta – para as pessoas de referência pai, mãe e terapeuta dp= desvio padrão; p= p-value; TEP= tamanho de efeito padronizado

9 ARTIGO 2 (VERSÃO EM INGLÊS)

**A study of the relationship between the transferential pattern and therapeutic alliance in
psychoanalytic psychotherapy**

(Article submitted to Psychotherapy Research)

A Study of the Relationship between the Transferential Pattern and Therapeutic Alliance in Psychoanalytic Psychotherapy

Eliane B. Ferreira¹

Maria Lúcia Tiellet Nunes²

Regina A Kurth³

Dan Pokorny⁴

Luciana Terra¹

Simone Hauck¹

Lúcia Helena Freitas Ceitlin¹

¹ Federal University of Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS – Brazil

² Catholic University of Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS – Brazil

³ University of Giessen – Germany

⁴ University of Ulm - Germany

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between transference and therapeutic alliance in psychoanalytic psychotherapy. **Method:** Cross-sectional study of 63 patients and their 27 therapists. In order to evaluate transference and alliance, the following were applied: the Relationship Patterns Questionnaire – RPQ (Kurth, Pokorny, Körner & Geyer, 2002; Kurth, Körner, Geyer & Pokorny, 2004) and The Revised Helping Alliance questionnaire - Haq-II (Luborsky et al., 1996), respectively; to control non-psychotic symptoms, the Self Report Questionnaire - SRQ-20 (Mari & Williams, 1986) and to control the defense mechanisms, the Defense Style Questionnaire - DSQ-40 (Blaya, 2005). Other variables were collected using the study protocol. **Results:** considering the patient-version alliance, α 0.05, significance was found between the higher mean on the scale of submission to the mother (mean=0.2920; sd=0.20281; p=0.026) and to the father (mean=0.33; sd=0.23846; p=0.014) and a strong alliance; higher mean on the scale of attack against the mother (mean=-0.1429;

sd=0.24124; p=0.004) and against the father (mean=-0.2044; sd=0.26292; p=0.024) and weak alliance: higher mean on the scale of imposition on the therapist (mean=0.734; sd=0.15269; p=0.028) and weak alliance; higher mean on the scale of love from the therapist – object level – and weak alliance (mean=0.5060; sd=0.13333; p=0.039). As to the therapist-version alliance, a higher mean was found on the scale of imposition of the significant person – object level – and strong alliance (mean=0.1317; sd=0.18479; p=0.032); higher mean on the scale of submission of the mother – object level – and weak alliance (mean=-0.0893; sd=0.17908; p=0.049). Other transferential variables did not present a significant relationship with the quality of the alliance. **Conclusions:** The results suggest a relationship between therapeutic alliance and a few stereotypes of behavior, originally aimed at the primary figures.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy; Relationship Patterns Questionnaire; The Revised Helping Alliance questionnaire; Therapeutic alliance; Transference.

INTRODUCTION

In 1905, in the epilogue of the Dora Case, Freud defined transferences as new editions or facsimiles of impulses and fantasies that are aroused and made conscious as psychoanalysis advances. He explained that psychological experiences are experienced again, no longer directed at primary figures in the past but at the physician, in the present, and are new impressions or re-impressions. He presented transference as an obstacle that was predestined for psychoanalysis that, if detected and interpreted to the patient, becomes his most powerful ally.

In 1909, Freud added that this is an object relation rooted in childhood, unconscious, irrational which confuses the past with the present. In *The Dynamics of Transference*, Freud (1912) postulated that it has its source in stereotypes fed by impulses. A part of these would develop fully and a part would be stopped during the course of development. The former is aimed at reality and the latter is separated from reality, remaining unconscious.

Therapeutic alliance was defined as a positive, stable relationship between patient and therapist or as an indispensable foundation for analytic treatment (Zetzel, 1956). In 1927, Anna Freud already pointed out its importance for the course of analysis, as well as the role of

the ego and analysis of defenses. According to her, not all children developed transference, and from this standpoint her opinion was different from that of Melanie Klein (1926) who thought that all of them developed transference. The latter author did not consider the concept of therapeutic alliance. She believed that the patient-therapist relationship had its source in primitive object relations, in the relationship between the child and the breast.

The discussion about therapeutic alliance as a separate construct or as a part of transference continued after the 1920s. Freud (1912), in *The Dynamics of Transference*, had said that resistances feed both on erotic transference, when this takes on a sexual character, and on the negative transference, keeping apart from them the sublimated positive transference, which moves (motor) treatment both in analysis and in other methods. Controversy concerning the relationship between therapeutic alliance and transference has evolved in the sense of not making an absolute distinction between these concepts. Therapeutic alliance often has to do with positive and even negative transference despite attempts to separate the two phenomena conceptually (Etchegoyen, 1989). It is therefore possible to question the concept of alliance as a stable, positive relationship between patient and therapist. Could it always really be positive? Or could the unconscious impulses that have not achieved full development and are submitted to the pleasure principle also be involved in the therapeutic alliance? At this point, one should recall the value Melanie Klein (1926) assigned to the continuous, rigorous analysis of the patient's fantasies about the analytic task. Investigating the infantile imagos and approaching the unconscious impulses that are primitively aimed at them might provide information about the patient-therapist bond, rather than the simple finding that there is a positive connection between both, call it therapeutic alliance, considering it as a distinct entity which is explained only by the healthy part of the patient's personality.

Gradually, most authors no longer saw the therapeutic alliance as completely distinct from transference. Even the ego psychologists evolved towards considering their limits as not demarcated. Zetzel, who in 1956 defined the therapeutic alliance as the stable relationship that allows analysis to evolve, in 1974 (Zetzel & Meissner), while maintaining the concept, stated that the faculties of the ego are closely related to the resolution of pre-genital conflicts

and that when the analyst approaches at the level of these conflicts, the relationship which constitutes the base of the therapeutic alliance is itself included in the analysis of transference. He added that, at this time, the transference neurosis and therapeutic alliance tend to mix to the point that it is no longer possible to distinguish them.

Hentschel, Kiessling & Rudolf (1997) studied the relationship between transference and therapeutic alliance in 126 patients. The main objective was to compare the introjected images of the parents to the image of the therapist and examine their impact on the therapeutic alliance that was evaluated using the therapist's version of the Therapeutic Working Alliance - TWA (Rudolf, 1991). When the parental images and the image of the therapist were compared to 10 pre-formulated constructs and 10 profiles (including the profiles of mother, father, therapist), four types of father image and four types of mother image were constructed. The results showed a significant relationship between the timid-depressive or phallic-energetic internalized maternal image and high-score therapeutic alliance. The image of an idealized mother had the lowest scores for a therapeutic alliance, and the image of a rigid-compulsive mother had intermediate scores.

Verga, Azzone, Vigano & Freni (1999) studied the relationship between therapeutic alliance and transference patterns in 28 adult males and 29 adult females, aged 16-52 years. The Core Conflictual Relationship Theme - CCRT (Luborsky, 1977) was used to evaluate transference, and the Therapeutic Alliance Method (Luborsky, Crits Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1983) was used to evaluate the therapeutic alliance. The results did not show a significant relationship between therapeutic alliance and transference patterns.

The objective of this investigation was to evaluate whether there is a relationship between the transferential pattern and the therapeutic alliance in patients in a course of psychoanalytic psychotherapy.

METHOD

The study was cross-observational with sampling according to convenience. Sixty-three adult patients and their therapists participated in the study. The data were collected during the years of 2005 and 2006.

The factor studied was the transferential pattern or central pattern of the relationship, the outcome variable, the therapeutic alliance. As to other variables of interest related to the patient, the following were looked at: age, sex, schooling, profession, income, marital status, length and frequency of treatment, previous psychotherapy, non-psychotic symptoms, defense mechanisms. Sex was looked at, among those related to the therapist. The therapist's age and experience were also researched.

Inclusion criteria

Patients aged 18 or over, in psychoanalytic psychotherapy at the Program of Psychoanalytic Psychotherapy in Hospital de Clínicas de Porto Alegre and their therapists.

Exclusion criteria

Patients diagnosed as being mentally retarded (DSM-IV), having psychotic disorders (DSM-IV) and substance-related disorders (DSM-IV), currently in abstinence for less than 6 months, or non-abstinent. Diagnostic evaluation, according to DSM-IV, was performed by therapists by means of a clinical interview when the patients enter the Program. The information related to axis I and II psychiatric diagnosis and others of interest to this research was supplied by the therapists by completing the research protocol prepared for this investigation.

Instruments

The instruments were applied by a team consisting of a psychiatrist, a psychologist and 9 medical students. The team was briefly trained on the methods of evaluation of the variables, since these are self-report instruments. Administering the instruments to the patients took an average of one hour and was performed individually for each patient, at a meeting.

Relationship Patterns Questionnaire - RPQ (Kurth, Pokorny, Körner & Geyer, 2002; Kurth, Körner, Geyer, Pokorny, 2004)

A self-report questionnaire used to evaluate the transferential pattern or central pattern of relationship. Validated in Germany by Kurth, Pokorny, Körner & Geyer (2002) and Kurth, Körner, Geyer & Pokorny (2004). Development based on the factorial analysis of the CCRT (Luborsky, 1977) and on the interpersonal circumplex model – Structural Analysis of Social Behavior - SASB (Benjamin, 1974).

The RPQ version used in this study is a further development of the RPQ with the 8 unipolar scales: 1) Assert oneself; 2) Acceptance; 3) Love; 4) Help; 5) Submission; 6) Criticism 7) Attack; 8) Indifference. The present RPQ version has a long and a brief form, the latter used in this study, covering 4 unipolar scales: 1) Assert oneself; 3) Love; 5) Submission; 7) Attack. According Benjamin (1974), these scales occupy a two-dimensional space with the axis affiliation (love vs attack) and the interdependence axis (assert oneself vs submit).

The RPQ provides a score for each scale, at 3 different levels: self (RS), object (RO), introjective (I). The self level evaluates the response of the subject to a given behavior of another person (therapist, friend, child, mother, father). The object level evaluates the subject's belief regarding the behavior of the other person in response to a given behavior by that person, and the introjective level evaluates the subject's behavior after a confrontation with the other person (Kurth, Körner, Geyer & Pokorny, 2004). Thus, this questionnaire, brief form, is structured as follows: 16 items divided into 4 questions evaluate the response of the self (RS). The next 16 items evaluate the response of the object (RO) and 8 items evaluate the introjective level (I). The score is obtained from the mean of the items related to the respective scale and, finally, the mean is subtracted from an individual measure value.

The introjective level was not analyzed in this study, because the previous factorial analysis of the data at this level showed a low Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy - KMO, value 0.454 and low percentage of explanation of the results (Rotation Sums of Squared Loadings – cumulative percentage of 45.668%). In this study we then chose to analyze the self and object levels of this instrument, since the scores of both are sufficient to supply us with necessary responses to the objective proposed. In this instrument the scores for each level are supplied independently.

The RPQ was applied to all patients considering 4 persons of reference: the therapist, an important person defined by the patient, the father and the mother or substitute figure. For each person of reference 8 variables were evaluated, 4 of them for the self level and 4 for the object level. Each variable of RPQ corresponds to a scale of the interpersonal circumplex model (Benjamin, 1974).

This instrument was previously adapted to the Portuguese language by Ferreira, Nunes, Terra, Hauck & Ceitlin, 2006*.

The Revised Helping Alliance questionnaire - HAq-II (Luborsky, 1996)

Used in this study to evaluate a therapeutic alliance. Adapted to the Portuguese language by Gomes (2003). Self-report questionnaire with 19 items, with one version for the patient and another for the therapist. It evaluates the essential scales of the patient-therapist, feelings of understanding, trust, interest, cooperation, identification on a scale of 1 to 6. The result classifies the therapeutic alliance as strong or weak. Strong when the score is equal to or greater than the difference between the mean and the standard deviation. Weak when the score is lower than the difference between the mean and the standard deviation. As seen previously, the results can be obtained from the total score of the instrument or from the score for each item. In this study, the total score of the instrument was analyzed for each version, completed by the patient and his therapist, respectively.

Self Report Questionnaire - SRQ-20 (Mari & Williams, 1986)

Self-report questionnaire, initially developed by Harding et al., 1980, based on 4 screening instrument for psychiatric symptoms, from 4 different countries, with 24 items, 20 of them to detect non-psychotic symptoms and 4 to detect psychotic symptoms. The Brazilian validation by Mari and Williams, in 1986, was done for the section of non-psychotic symptoms, i.e., 20 items. The cutoff point used in this study is, respectively, 6 for women and 8 for men, according to this validation study.

Defense Style Questionnaire - DSQ-40 (Blaya, 2005)

Objective self-report questionnaire with 40 questions, validated in Brazil by Blaya (2005). It evaluates 20 defenses divided into 3 groups: mature, neurotic and immature. It can supply the scores of the 20 defenses and the scores of the 3 groups. The scores of defenses are calculated by the mean of 2 items for each defense mechanism. The scores of the groups are calculated by the mean of the scores of defenses that belong to that group. Each item is scored on a scale of 1 to 9, 1 indicating completely disagree and 9 indicating completely agree. In this study, used to control the defensive pattern of the patients.

*Article submitted to Revista de Psiquiatria do RS.

Statistical analysis

Sixty-three patients and their twenty-seven therapists were included in the analysis. The statistical tests used were the Student t test to compare the means of the continuous variables of the transference scales between the patients with a weak and strong therapeutic alliance, and also to control the possible effect of the other continuous variables of interest (defense mechanisms, age, schooling) on the therapeutic alliance outcome. Also used to evaluate the relationship between the transference (continuous variable) and other categorical variables (sex, frequency of therapy, marital status, non-psychotic symptoms). The exact Fisher test was used to control the effect of categorical variables on the outcome (presence or absence of no-psychotic symptoms, sex, marital status and frequency of categorized current therapy), the Mann-Whitney test to control duration of therapy (a variable that did not present a normal distribution) on the outcome. The Pearson correlation was used to evaluate the effect of the continuous variable defense mechanism on transference. The level of significance was bilateral alpha 0.05. The 14.0 version of SPSS was used.

Ethics

The ethical and methodological aspects of the study, including the Letter of Free Informed Consent, were approved according to the International and National Guidelines and Standards, especially resolution 196/96, and complementary ones of the National Council of Health, by the Scientific Committee and Research and Ethics in Health Committee at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Patients and therapists gave permission for their participation by signing the respective letter of free and informed consent.

RESULTS

The sample consisted of 63 patients undergoing psychoanalytic psychotherapy treatment in the Psychotherapy Program of the Psychiatry Service at a general hospital and their 27 therapists. Fifty of the patients were women (79.40%), with a mean age of 39.02 (sd 9.84) years and 13, men (20.6%), with a mean age of 38.15 (sd 11.61) years. The characteristics of the sample of patients are described in Table 1. There sample of therapists consisted of 27 persons, with a mean age of 27.46 (sd 1.80), 14 (51.85%) women and 13

(48.15%) men. The therapists were doing the second or the third year of the Psychiatry Specialization Course or Psychiatry Residency Program in this hospital. Their characteristics are described in Table 2.

A previous diagnosis of depression was found in 46.1% of the sample of patients, 17.5% had bipolar disorder, 22.2% of the sample had no axis I diagnosis.

In 7.9% a previous diagnosis of borderline personality disorder was found; 7.9% had another type of personality disorder (dependent personality disorder and personality disorder without any other specification). Eighty-one per cent (81%) of the sample did not have a previous diagnosis at the axis II level. Other diagnoses of the patient sample are listed in Table 3. The diagnostic classification for axis I and II was done according to DSM-IV criteria.

Forty-six percent (46%) of the sample used antidepressants at the time data were collected; 22.2%, a mood stabilizer; 6.3%, benzodiazepines; 6.3%, antipsychotics; 4.8%, other medications (methylphenidate topiramate). Medications were not used by 33.3% of the sample.

Therapeutic Alliance

Of the 63 patients participating, 54 (85.7%) perceived their alliance as strong, and 9 (14.3%), perceived their alliance as weak (table 4). The therapists perceived the alliance as strong in 76.2% of the sample of patients (n=48), and the alliance as weak in 15 patients (23.8%) table 5. No significant agreement was found between patients and therapists concerning perception of the quality of the alliance, with a Kappa of 0.188.

The relationship between transference and therapeutic alliance

The therapeutic alliance was analyzed as a dichotomic variable (weak or strong). The RPQ supplied 32 quantitative variables. The Student t test was then used to compare two independent samples. Statistical significance (considering an alpha of 0.05) was found for a few associations whose means, standard deviation, p-value and standardized effect size are described in Table 4.

Transference – self level x therapeutic alliance perceived by the patient

Significance was found in the relationship between the higher mean on the scale of submission to the mother (p=0.026; SES=0.82) and to the father (p=0.014; SES=0.91) and

strong alliance ($p=0.026$; $SES=0.82$); higher mean on the scale of attack on the mother ($p=0.004$; $SES=1.07$) and on the father ($p=0.024$; $SES=0.84$) and weak alliance; higher mean on the scale of imposition on the therapist ($p=0.028$; $SES=0.81$) and weak alliance. The others scales of the self level of RPQ for the four persons of reference evaluated did not present a significant relationship with the quality of the alliance perceived by the patient (Table 4).

Transference – object level x therapeutic alliance perceived by the patient

A significantly higher mean was observed on the scale of love from the therapist (to what extent the patient finds that the therapist treats him/her in a friendly manner) related to weak alliance ($p=0.039$; $SES=0.76$). On the other scales of this level, no significant relationship was observed with the quality of the alliance perceived by the patient for any person of reference.

Transference – level of self x therapeutic alliance perceived by the therapist

No significant relationship was found between the variables.

Transference – object level x therapeutic alliance perceived by the therapist

A significant relationship was found between the scale of imposition of the significant person (how much the patient thinks the other person is self-affirming, and strong alliance ($p=0.032$; $SES=0.67$); between the scale of submission from the mother (how much the patient considers the mother to be submissive) and weak alliance ($p=0.049$; $SES=0.58$). None of the other scales of the object level of RPQ showed a significant association with the alliance perceived by the therapist (Table 5).

Comparison between the other variables and the therapeutic alliance outcome for the patient and therapist version

The sex of the patient was significantly correlated with the type of alliance that he perceived, using the exact Fisher test. Among the women, 92% had a perception of strong alliance, and 8% a perception of weak alliance. Among the men, 61.5% had a perception of strong alliance and 38.5% a perception of weak alliance. However, there was no significant correlation between the sex of the patient and the quality of the alliance perceived by the therapist. The other variables considered: sex of the patient and quality of the alliance

perceived by the therapist. The other variables looked at: sex of the therapist and variables related to the patient: age, marital status, schooling, frequency and duration of therapy, non-psychotic symptoms, defense mechanisms, did not present a significant relationship with the therapeutic alliance outcome for both versions (patient and therapist). The relationship between the dichotomic, continuous, asymmetrical variables and the outcome was evaluated by the exact Fisher test, Student t test, Mann-Whitney test, respectively.

Comparison between the variable sex and the independent variable transference

Using the Student t test for independent samples, no significant difference was found between the sex of the patient for the different transference scales.

It should be observed that, since no possible confounding variable had any kind of significant association with the dependent and independent variables, when they are separately tested, it is not appropriate to use multivariate analysis to control confounding variables in the main association of the study (Katz, 1999).

DISCUSSION

The RPQ instrument provides an evaluation of transference through 3 levels: self, object and introjective. The self level informs us how the patient perceives his own behavior towards a person of reference. The object level informs us how the patient perceives the behavior of the person of reference towards the patient's behavior. The introjective level informs us how the patient perceives his behavior after a confrontation with the person of reference.

In this study, only the self and object levels were analyzed on the 4 scales supplied by the instrument, brief form. The introjective level was not analyzed in this study because the previous factorial analysis of the data at this level showed a low Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy - KMO, a value of 0.454 and a low percentage of explanation of results (Rotation Sums of Squared Loadings – cumulative percentage of 45.668%). Low KMO means low adequacy of the sample for the items referring to the introjective level, which may be accounted for by some problem in the issue referring to this level or by an insufficient number of subjects. Since the scores of the scales are supplied independently for

each level and the data of this issue of introjective level are not part of the syntax of the self and object level, we believe that the lack of the introjective level does not affect the results obtained. This level could add more results to the whole, but its absence does not invalidate the findings. The self level and object level supply information concerning the transferential pattern of the patient and its possible association with the outcome, sufficient to fulfill the aim of this study without impairing the conclusions, since the interpretation of the results is also independent for each level.

The instrument used to evaluate the dependent variable or therapeutic alliance was HAq-II, which was translated and adapted to our environment by Gomes (2003). This instrument offers two versions to measure the alliance, one evaluating the therapist's perception and the other evaluating the patient's perception. According to Hentschel, Kiessling & Rudolf (1997), the therapist's version is most widely used in exploratory studies for several instruments used to measure the alliance. In this study we chose to use and analyze both versions.

Significant associations were found between some scales of the transferential pattern and the therapeutic alliance outcome.

The highest score on the scale of submission to the mother had a significant relationship with the strong therapeutic alliance perceived by the patient, which was repeated on the scale of submission to the father. A possibility of understanding this result would be for the people submissive to the primary figures to tend to idealize the objects that could represent those of their childhood and seek from them a situation similar to the previous one. It should be recalled that this finding was not repeated when the quality of the alliance was evaluated by the therapist, i.e., the therapists did not consider the alliances of this groups strong, to the same extent that the patients considered them strong, which strengthens this possibility of understanding. This, then would remove the therapeutic alliance perceived by the patients from a position of neutrality in the relationship, since, in this case this particular type of bond would only be repeating a pattern of submission expressed in the transference. A similar result was demonstrated by Hentschel, Kiessling & Rudolf (1997) who found high scores of therapeutic alliance for patients who had internalized images of phallic-energetic

mothers (mothers perceived as strong, competent, but cold, not understanding, dominating and rigid). Could the high levels of therapeutic alliance in this group be the consequence of a stereotype of submission to the parental figures and a resulting tendency to ally oneself with idealized objects, which could be transferred to the therapist?

Higher means on the scale of attack against father and mother had a significant relationship with the patient-version weak therapeutic alliance, another finding that was repeated for the two parental figures. We might raise the hypothesis that an aggressive impulse (memory of the primitive object relations) would be expressed in the relationship with the therapist, especially in conditions where there is frustration at reality (Freud, 1912).

A higher score on the scale of assert oneself on the therapist had a significant relationship with the weak therapeutic alliance perceived by the patient. If the pattern of behavior of assert oneself is associated with aggressive impulses, we may think about the same hypothesis formulated for the pattern of attack in the previous paragraph. Another possibility would be for the stereotype of assert oneself to be associated with a difficulty in establishing relationships that involve some degree of dependence.

At the object level of RPQ, i.e., at the level which informs us how the patient perceives the response of the other person in the relationship with himself, there was a significance for the relationship between higher means on the scale of love in the relationship with the therapist (how much the patient considers that the therapist treats him in a friendly manner) and the weak therapeutic alliance perceived by the patient. The fear of establishing some degree of dependence could also be a point of departure to understand this relationship. But it is clear that the subject is very broad. What does it mean for the patient to be treated in a friendly manner? Could this be less than expected by his fantasies? In other words, could this information from reality – being treated well - together with dissatisfaction regarding other aspects of reality, evoke the unconscious complex that would lead infantile imagos to be deposited in the therapist?

The other significant findings of this study could also be understood through aspects approached in Freud's theory of transference (1912). However, it was not the purpose of this

investigation to study how the stereotypes of each patient could appear in their relationship with the therapist, but rather to detect its presence or absence in the bond between the dyad.

A few relationships raised in this study suggest the presence of these clichés in the therapeutic alliance component. In other words, factors that lead the patient to perceive his connection with the therapist as strong may be related to regressive aspects such as submission, i.e., may belong to the unconscious complex that contains the material to be expressed in transference and not to the healthy part of the personality as it may superficially appear.

In the interpersonal circumplex model, the submission scale is found in the negative portion of the y axis (negative transference). Thus, the results suggest that the strong therapeutic alliance may also be associated with negative transference, i.e., the bond established between patient and therapist may have its roots partly in relationship patterns coming from libidinal impulses retained during the course of development, removed from consciousness and reality. In this way the pattern of behavior would be moved by the pleasure principle, not by that of reality.

At this point, aspects of negative transference appear, associated both with a weak and a strong therapeutic alliance, which questions an autonomous position of the alliance towards the patient's conflicts. Each case should be investigated specifically, and the fantasies of each patient should be understood. The general behavior of the data, however, indicates the need to always evaluate the therapeutic alliance. In some cases, possibly, it may reveal that part of the impulses that was not retained during the course of development and that is at the disposal of reality, and in others, the unconscious complex, formed by impulses that did not attain full development and that only obey the pleasure principle.

The lack of agreement between the perception of the alliance between patients and therapists may also call attention to the action of the repressed, which is not available to consciousness. Thus, aspects of the patient's reality cannot be perceived by them or be distorted.

A few limitations of this study should also be stressed. Most of the variables referring to transference did not have a significant relationship with the therapeutic alliance outcome. A

number of small subjects in the weak therapeutic alliance group could perhaps be responsible for this result. The transcultural adaptation of the RPQ instrument to our environment is recent, and further studies are needed to find out to what extent it reaches our patients. Despite the limitations, this investigation supplied a few results that are consistent with the current theoretical referential in psychoanalytic psychotherapy.

CONCLUSIONS

A few results suggest that there may be an association between the transferential pattern and therapeutic alliance, and therefore the position of accepting the alliance as the more stable portion of the relationship, the healthier part of personality without further investigation of its content is questioned.

As literature has suggested, some data of this study also agree that the therapeutic alliance could be related to positive and to negative transference. In other words, the vehicle that moves the treatment may have a strengthened support originating in impulses that have achieved full development and are at the service of reality. However, even the strong alliance may also have a fragilized support, based on drives that still serve the pleasure principle, i.e., unconscious impulses.

Emphasizing what has already been said in the discussion, it is essential to always evaluate the therapeutic alliance. In some cases, it could possibly reveal the part of the impulses that was not retained in the course of development, and that is at the disposal of reality, and in others the unconscious complex, formed by impulses that have not achieved full development and only obey the pleasure principle.

It might then be concluded that the interpretation of the therapeutic alliance should not be simplistic or superficial. In order to be informative, the ties that favor the patient-therapist bond must be analyzed at the level of the basic drive that forms the stereotype, since even a strong tie may be connected to the unconscious complex that promotes the regression of the libido in situations of frustration, which would distance the patient from reality.

Additional exploratory investigations are needed to further the conclusions on the subject.

REFERENCES

- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Blaya, C. (2005). Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro. Porto Alegre: UFRGS. 190 f.
- Etchegoyen, R. H. (1989). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica* (2nd ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferreira, E., Nunes, M. L. T., Terra, L., Hauck, S. & Ceitlin, L.H.F. (2006). Adaptação Transcultural para o Português Brasileiro do Questionário Sobre Padrão de Relacionamentos *Beziehungs - Muster Fragebogen - BeMus-3* [artigo não publicado].
- Freud, A. (1927). Four lectures on child analysis, in writings (vol. 1. pp. 3-69). New York: International Universities Press.
- Freud, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905). In: S. Freud. (1987). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (2nd ed, vol. 7, pp. 12-117). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909). Cinco Lições de Psicanálise: Leonardo da Vinci e outros trabalhos. In S. Freud. (1969). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (pp. 27-28). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. In S. Freud. (1969). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago.
- Gomes, F. G. (2003). A Relação entre os Mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório. Porto Alegre: UFRGS.
- Harding, T. W. et al. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.

- Hentschel, U., Kiessling, M. A. & Rudolf, G. (1997). Therapeutic Alliance and Transference: an exploratory study of their empirical relationship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 254-262.
- Katz, M. H. (1999). Setting up a multivariable analysis: subjects. In *Multivariable Analysis: a practical guide for clinicians* (pp. 60-83). Cambridge: University Press.
- Klein, M. (1926). The psychological principles of early analysis, in love, guilt and reparation and other works. *International Journal of Psychoanalysis*, 7, 241-253.
- Kurth, R. A., Pokorny, D., Körner, A. & Geyer, M. (2002). The Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Validation by using a representative sample. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 52, 179-188.
- Kurth, R. A., Korner, A., Geyer, M. & Pokorny, D. (2004). Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): psychometric properties and clinical applications. *Psychotherapy Research*, 14, 418-434.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand. *Communicative structures and psychic structures* (pp. 152-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Crits Christoph, P., Alexander L., et al. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs versus a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-492.
- Luborsky, L. et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (Haq-II): psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.
- Mari, J. J. & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Rudolf, G. (1991). *Die Therapeutische Arbeitsbeziehung [The therapeutic working alliance]*. Berlin: Springer.

- Verga, M. C., Azzone, P., Vigano, D., Freni, S. (1999). Empirical approach to the concept of alliance in psychotherapy: help, work, and therapeutic alliance. *Ricerca in Psicoterapia*, 2, 34-62.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zetzel, E. R. & Meissner, W. W. (1974). *Basic concepts of psycho-analytic psychiatry*. New York: Basic Books.

Patients	n=63
Age	38.84±10.14
Schooling	12.41± 3.69
Duration of therapy	5.00 (3 to 15)
Sex	
Female	50 (79.4)
Male	13 (20.6)
Marital status	
Married	24 (38.1)
Separated	13 (20.6)
Single	26 (41.3)
Professional level	
Unemployed	03 (4.8)
Housewife	05 (7.9)
Elementary level	21 (33.3)
Medium level	23 (36.5)
Higher level	11 (17.5)
Income (minimum wages)*	
Up to 03	39 (61.9)
From 04 to 09	20 (31.8)
12 or more	04 (6.3)
Frequency of therapy	
One session a week	32 (50.8)
Two sessions a week	31 (49.2)
Previous psychotherapy	
Yes	31 (49.2)
No	40 (50.8)
Presence of non-psychotic symptoms	
Yes	43 (68.3)
No	20 (31.7)

Table 1 – Characteristics of the sample of patients

Notes:

- age and schooling described in years by mean ± standard deviation*
- duration of therapy described in months by median and interquartile interval*
- categorical variables described by n(%)*

**One minimum wage corresponds to approximately 100 dollars*

Therapists	n=27
Age	27.46 ±1.80
Sex	
Female	14 (51.85)
Male	13 (48.15)
Ongoing training	
R2	36 (57.2)
R3	27 (42.9)

Table 2 – Characteristics of the sample of therapists

Notes:

-age and schooling described in years by mean ± standard deviation

-categorical variables described in n(%)

-R2 – second year of the Psychiatry Residence Medical Program or Psychiatry Specialization Course

-R3 – third year of the Psychiatry Residence Medical Program or Psychiatry Specialization Course

Axis I	n	%
Depressive disorder	29	46.1
Bipolar disorder	11	17.5
Anxiety disorder	10	16
Substance-related disorder	4	6.4
Eating disorder	3	4.8
Attention deficit and hyperactivity disorder	1	1.6
No diagnosis	14	22.2
Axis II		
Borderline personality disorder	5	7.9
Other personality disorders*	5	7.9
Gender identify disorder	1	1.6
Pathological game	1	1.6
No diagnosis	51	81

Table 3 – Psychiatric disorders (DSM-IV)

**Dependent personality disorder and Personality disorder without any other specification.*

t test

RPQ	WeakTPA n=9	StrongTPA n=54	P	SES
MOTHER - Self				
	meant±sd	Meant± sd		
Assert oneself	-.1429±.28599	-.1736±.20279	.693	-
Love	.1667±.23925	.298±.19267	.382	-
Submission	-.190±.25723	.2920±.20281	.026	0.82
Attack	-.1429±.24124	-.3482±.18365	.004	1.07
MOTHER – Object				
Assert oneself	.0853±.21793	.2017±.16707	.069	-
Love	.1488±.21980	.0906±.22720	.478	-
Submission	-.0655±.26456	-.2083±.21117	.075	-
Attack	-.1687±.23165	-.0840±.27724	.390	-
FATHER-self				
Assert oneself	-.0853±.32461	-.2176±.20926	.112	-
Love	.1845±.26666	.2454±.17912	.384	-
Submission	.1052±.30046	.3300±.23846	.014	0.91
Attack	-.2044±.26292	-.3578±.16852	.024	0.84
FATHER – Object				
Assert oneself	.1905±.22676	.2384±.20171	.519	-
Love	.0952±.23975	.0651±.27383	.758	-
Submission	-.1905±.15179	-.2497±.20768	.417	-
Attack	-.0952±.17610	-.0539±.27630	.667	-
THERAPIST - Self				
Assert oneself	.0734±.15269	-.0642±.17259	.028	0,81
Love	.2798±.23214	.3234±.13770	.432	-
Submission	-.0694±.22383	.0642±.22232	.101	-
Attack	-.2837±.14519	-.3234±.13770	.430	-
THERAPIST – Object				
Assert oneself	-.0179±.11259	.0876±.19349	.118	-
Love	.5060±.13333	.3905±.15463	.039	0,76
Submission	-.1925±.14638	-.1187±.16838	.221	-
Attack	-.2956±.08091	-.3595±.11363	.112	-

Table 4 – Comparison of means and deviations of the transference pattern to the patient – version of the therapeutic alliance for people of reference father, mother and therapist
sd=standard deviation; *p*=*p*-value; *SES*=Standardized effect size

t teste

RPQ	weak TPA n=15	strongTPA n=48	P	SES
MOTHER-- Self				
	mean±sd	mean±sd		
Assert oneself	-.1583±.22996	-.1726±.21130	.824	-
Love	.1798±.22733	.2336±.19016	.364	-
Submission	.2321±.23487	.2783±.21355	.478	-
Attack	-.2536±.25129	-.3393±.18510	.157	-
MOTHER – Object				
Assert oneself	.1250±.16806	.2039±.17849	.135	-
Love	.1440±.19274	.0848±.23467	.379	-
Submission	-.0893±.17908	-.2188±.22787	.049	0.58
Attack	-.1798±.20061	-.0699±.28647	.173	-
FATHER – Self				
Assert oneself	-.2321±.20836	-.1882±.23830	.524	-
Love	.2393±.18968	.2359±.19537	.953	-
Submission	.3012±.20637	.2969±.27405	.955	-
Attack	-.3083±.19191	-.3445±.19070	.524	-
FATHER – Object				
Assert oneself	.2119±.21681	.2377±.20210	.673	-
Love	.0786±.24806	.0666±.27590	.881	-
Submission	-.2024±.15042	-.2533±.21393	.395	-
Attack	-.0881±.22962	-.0510±.27497	.638	-
THERAPIST - Self				
Assert oneself	-.0798±.16489	-.0335±.17901	.377	-
Love	.3345±.17684	.3118±.14637	.619	-
Submission	.1155±.23890	.0231±.21935	.168	-
Attack	-.3702±.14388	-.3013±.13381	.092	-
THERAPIST – Object				
Assert oneself	.0607±.22414	.0763±.17657	.781	-
Love	.4321±.17719	.3992±.15020	.480	-
Submission	-.1202±.20709	-.1321±.15395	.812	-
Attack	-.3726±.10796	-.3434±.11253	.379	-

Table 5 - Comparison of means and deviations of the transferential pattern to the therapist – version of the therapeutic alliance for people of reference father, mother and therapist
sd=standard deviation; p =p-value; SES=Standardized effect size

10 CONCLUSÕES

Este estudo objetivou investigar algum tipo de relação entre transferência e aliança terapêutica, visto ser este um tema relevante por sua direta associação com o tratamento na linha psicanalítica, pois diz respeito ao entendimento dos processos mentais do paciente.

A controvérsia sobre esta questão estende-se na literatura psicanalítica há quase um século. Teve seu marco em 1924 com uma discussão entre Anna Freud e Melanie Klein e, mesmo tendo suavizado em termos de polêmica após a década de cinquenta, em função de evolução no entendimento do fenômeno aliança terapêutica pelos Psicólogos do Ego, seguiu com pontos em debate como uma questão não absolutamente concluída.

Há muitos trabalhos abordando o tema nas bases de dados PsycINFO e MEDLINE, porém, existem poucos estudos exploratórios que tentam buscar um embasamento matemático para a explicação do fenômeno.

A partir do uso de instrumentos descritos na literatura, oriundos de base teórica bem fundamentada, realizamos uma investigação acerca dos construtos transferência e aliança terapêutica. Encontramos alguns resultados relevantes como significância estatística na relação entre algumas variáveis de padrão transferencial e aliança terapêutica, o que sugere que a aliança não seja uma entidade tão distinta e que, pelo menos em algumas circunstâncias, reflita a transferência.

Em muitas outras variáveis do padrão transferencial, não encontramos relação significativa com a aliança terapêutica, achado que pode ser fato ou refletir empecilhos na busca desta relação como número de sujeitos não suficiente, déficits nos instrumentos de pesquisa utilizados ou dificuldade metodológica em algum ponto do processo.

Mesmo levando em conta as limitações do estudo, conclui-se a favor de sua relevância e das contribuições importantes dele advindas. Foi realizada uma

adaptação transcultural do instrumento RPQ, que já está sendo utilizada em outras pesquisas nesta área. Introduzimos, então, um instrumento capaz de avaliar o padrão transferencial de nossos pacientes. Estudamos o construto aliança terapêutica e finalizamos com uma conclusão importante de que a aliança sempre deve ser avaliada no curso do tratamento. Entendê-la com base apenas no seu conceito de relação positiva e estável seria uma abordagem demasiado simplista, com prováveis prejuízos ao tratamento. Investigar cada caso em particular e compreender seu sentido em cada contexto, sem dúvidas, possibilitará uma posição mais próxima na relação terapêutica com provável melhor prognóstico de tratamento.

É importante que prossigam as investigações neste campo. A posterior validação do RPQ, após esta etapa de adaptação transcultural, poderá estimular ainda mais a investigação empírica em psicoterapia. Mais resultados e conclusões enriquecerão o dia-a-dia com o paciente, no sentido de entendimento, descoberta e aliança.

REFERÊNCIAS

ALLEN, J.G.; TARNOFF, G.; COYNE, L. Therapeutic alliance and long-term hospital treatment outcome. **Comprehensive Psychiatry**, Philadelphia, v.26, p.187-94, 1985.

BARANGER, W.; BARANGER, M. La situación analítica como campo dinâmico (1961). In: _____. **Problemas del campo psicanalítico**. Buenos Aires: Kargieman, 1969. p.129-64.

BARBER, J.P.; FOLTZ, C.; WEINRYB, R.M. The Central Relationship Questionnaire: initial report. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, v.45, p.131-42, 1998.

BENJAMIN, L.S. Structural analysis of social behavior. **Psychological Review**, 1974. v.81, p.392-425.

_____. Principles of prediction using structural analysis of social behavior. In: ZUCKER, R.A.; RABIN, J. (Eds.). **Personality and the prediction of behavior**. New York: Academic Press, 1984. p.121-74.

BIRD, B. Notes on transference: universal phenomenon and hardest part of treatment. **Journal of American Psychoanalytic Association**, New York, v.20, p.267-301, 1972.

BLACKER, D.; ENDICOTT, J. Psychometric properties: concepts of reliability and validity. In: **Handbook of psychiatric measures**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. p.7-18.

BLAYA, C. **Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 190 p.

BOND, M. et al. Validating the self-report of defense styles. **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 3, p. 101-12, 1989.

BOND, M.; GARDNER, S.T.; CHRISTIAN, J.; SIGAL, J.J. Empirical study of self-rated defense styles. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 40, p. 333-8, 1983.

BORDIN, E.S. The generalizability of the psychoanalysis concept of the working alliance. **Psychotherapy: theory, research and practice**, Washington v.16, p.252-60, 1979.

_____. Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In: HORVATH, L.S; GREENBERG (Eds.). **The working alliance: theory, research and practice**. New York: John Wiley, 1994. p.13-37.

BRENNAN, J. et al. An examination of deffense style in parents who abuse children. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v.178, p.592-5, 1990.

BRENNER, C. Working alliance, therapeutic alliance, and transference. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, New York, v.27, p.137-57, 1979.

BREUER, J.; FREUD, S. Estudos sobre a histeria (1895). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 360-2.

EIZIRIK, C.L.; LEWKOWICZ, S. Contratransferência. In: EIZIRIK C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.300-9.

EIZIRIK, C.L.; TYSON, R. Transferência. In: EIZIRIK C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.287-98.

ETCHEGOYEN, R.H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FEIJO, R.B. et al. Mental Health Screening by Self-Report Questionnaire among Community Adolescents in Southern Brazil. **Journal of Adolescent Health**, New York, v.220, p.232-7, 1997.

FONAGY, P. Estudo sobre a efetividade das psicoterapias. In: EIZIRIK C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.424-61.

FREEDMAN, N.; GRAND, S. Communicative structures and psychic structures. In: BOOK, H.E. **How to practice brief psychodynamic psychotherapy – the core conflictual relationship theme method**. Washington, DC: American Psychological Association; 1997. p.19-27.

FREUD, A. **Four lectures on child analysis, in writings**. New York: International Universities Press, 1927. v.1. p.3-69.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905). In: _____. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.7, p.13-119.

_____. Cinco lições de psicanálise: Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1909). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.11. p.13-46.

_____. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.11. p.125-36

_____. A dinâmica da transferência (1912). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12. p.133-43.

_____. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12 p.197-8.

_____. Observações sobre o amor transferencial (1915). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12, p.204-21.

_____. Linhas do progresso na terapia psicanalítica (1918). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12, p.201-11.

_____. Além do princípio do prazer (1920). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.18. p.17-9.

_____. O ego e o id (1923). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.20. p.23-41.

_____. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.20. p.112-5.

GABBARD, G.O. **Oxford textbook of psychotherapy**. New York: Oxford University Press, 2005. p.3-13.

GASTON, L. et al. Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. **Psychotherapy Research**, New York, v.1, p. 104-13, 1991.

GOMES, F.G. **A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório** (Dissertação). Porto Alegre: UFRGS; 2003. p.47-55.

_____. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: EIZIRIK C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.246-52.

GREENSON, R.R. The working alliance and the transference neurosis. **Psychoanalytic Quarterly**, New York, v.34, p.155-81, 1965.

_____. The technique and practice of psycho-analysis (1967). In: ETCHEGOYEN, R.H. **Fundamentos da Técnica Psicanalítica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p.51-6.

GREENSON, R.R.; WEXLER, M. The non-transference relationship in the psycho-analytic situation. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.50, p.27-39, 1969.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, Cambridge, v.10, p.231-41, 1980.

HARTLEY, D.E.; STRUPP, H. The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: MASLING, J. **Empirical studies of psychoanalytic theories**. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1983. v.1. p.1-37.

HARTMANN, H. Ego Psychoanalysis and the Concept of Health (1939). In: **Ego Psychology Selected Problems in Psychoanalytic Theory**. New York: International Universities Press, 1964. p.3-18.

HEIMANN, P. On countertransference. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.31, p.81-4, 1950.

HENTSCHEL, U.; BURKAT-AUSTEN, S. Der Patient und sein Psychotherapeut [The patient and his psychotherapist]. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse**, v.29, p.221-3, 1983.

HENTSCHEL, U.; KIESSLING, M.; RUDOLF, G. Therapeutic Alliance and Transference: an exploratory study of their empirical relationship. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v.185, n.4, p.254-62, 1997.

HOROWITZ, M.J. et al. Inventory of interpersonal problem: Psychometric properties and clinical applications. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v.56, p.885-92, 1988.

HOROWITZ, M.J. **States of mind**: analysis of change in psychotherapy. 2. ed. New York: Plenum Press, 1987.

_____. Relationship schema formulation: role relationship models and intrapsychic conflict. **Psychiatry**, New York, v.52, p.260-74, 1989.

HORVATH, A.O.; GREENBERG, L.S. **The working alliance**: theory, research and practice. New York: John Wiley, 1989.

JIMÉNEZ, J.P.; BUGUÑÁ, C.; BELMAR, A. **Investigación en psicoterapia**: procesos y resultados. Santiago do Chile: Corporación de Promoción Universitaria, 1995. p.2-3.

KLEIN, M. The psychological principles of early analysis, in love, guilt and reparation and other works. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.7, p.241-53, 1926.

_____. Transferência. (1943). In: KLEIN, M. **Evoluções**. São Paulo: Escuta; 1989. p.47-53.

_____. The origin of transference. **International Journal of Psychoanalysis**, New York, v.35, p.433-8, 1951.

KORNER, A. et al. Self-assessment of interpersonal schemas using the relationship patterns questionnaire: a quantitative approach. **Psychotherapy Research**, New York, v.14, n.4, p.436-7, 2004.

KURTH, R.A. **The self-assessment off relationship patterns by means of the Interpersonal Relationship Patterns Questionnaire (IRP) – A study o f validation and reliability.** Unpublished doctoral dissertation. Ulm, Germany: Universität Ulm, 1998.

KURTH, R.A. et al. The Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Validation by using a representative sample. **Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie**, v.52, p.179-88, 2002.

KURTH, R.A. et al. Relationship patterns questionnaire (RPQ): psychometric properties and clinical applications. **Psychotherapy Research**, New York, v.14, n.4, p.418-34, 2004.

KURTH, R.A.; POKORNY, D. **Der Beziehungs-Muster Fragebogen – RPQ** [The relationship Patterns Questionnaire – RPQ]. Justus-Liebig-Universität Giessen, 1999. Unpublished manuscript.

KURTH, R.A.; POKORNY, D. The relationship patterns questionnaire (RPQ): a validation using a clinical sample. **Psychotherapie Psychosomatic Medicine Psychologie**, v.55, n.12, p.502-11, 2005.

LAGACHE, D. Some aspects of transference. **International Journal of Psychoanalysis**, v.34, p.1-10, 1953.

_____. Le problem du transfert (1951). In: XIV Conferência de psicoanalistas de língua francesa. **Anais**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.

LITTLE, M. Counter-transference and the patient's response to it. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.32, p.32-40, 1951.

LOEWALD, H.W. Transference-countertransference. **American Journal of Psychoanalysis**, v.34, n.2, p.275-87, 1986.

LUBORSKY, L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In: HORVATH, A.O.; GREENBERG, L.S. **The working alliance: theory, research and practice.** New York: John Wiley, 1994. p.38-50.

_____. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme (1977). In: FREEDMAN, N.; GRAND, S. **Communicative structures and psychic structures, how to practice brief psychodynamic psychotherapy: the core conflictual relationship theme method.** Washington, DC: American Psychological Association, 1997. p.152-78.

LUBORSKY, L.; BARBER, J.; BEUTLER, L. Introduction to special section: A briefing on curative factors in dynamic psychotherapy. **Journal of Clinical and Counseling Psychology**, Washington, v.61, n.4, p.539-41, 1993.

LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, P. **Understanding transference: the core conflictual relationship theme method**. New York: Basic Books, 1990. p.15-42.

LUBORSKY, L. et al. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs versus a global rating method. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v.171, p.480-92, 1983.

LUBORSKY, L.; MCLELLAN, A.T.; WOODY, G.E. et al. Therapist success and its determinants. **Archives of General Psychiatry**, v.42, p.602-11, 1985.

LUBORSKY, L. et al. The revised helping alliance questionnaire (Haq-II): psychometric properties. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, Arlington, v.5, n.3, p.260-71, 1996.

LUNNEN, K.M.; OGLES, B.M. A multiperspective, multivariable evaluation of reliable change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v.66, n.2, p.400-10, 1998.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, London, v.148, p.23-6, 1986.

MARMAR, C.R. et al. Alliance and outcome in late-life depression. **Journal of Nervous and Mental Disease**, London, v.177, n.8, p.464-72, 1989.

MARMAR, C.R.; MARZIALI, E.; HOROWITZ, M.J. Development of the therapeutic rating system. In: GREENBERG, L. **The psychotherapeutic process: a research handbook**. New York: Guilford, 1986. p.367-90.

MECHANIC, D. Illness behaviour, social adaptation and the management of illness. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v.165, p.79-87, 1977.

MONEY-KYRLE, R.E. A contratransferência normal alguns de seus desvios. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.37, p.360-6, 1956.

OGDEN, T.H. On potential space. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.66, n.2, p.129-41, 1985.

PERRY, J.C.; LUBORSKY, L.; SILBERSHAATZ, C.; POPP, C. An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same video-taped interview. **Psychiatry**, New York, v.52, p.302-3, 1989.

PICK, I.B. A elaboração na contratransferência. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.66, p.157, 1985.

POCH, J.; ÁVILA, A. **Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1998.

POKORNY, D. Multiple Perspectives: Psychometrics Beyond Right and Wrong: an Introduction to two different applications of the relationship questionnaire. **Psychotherapy Research**, New York, v.14, n.4, p.415-7, 2004.

RACKER, H. A contribution to the problem of counter-transference (1948). **International Journal of Psychoanalysis**, v.34, p.313-24, 1953.

_____. A neurose da contratransferência (1953). In: _____. **Estudos sobre técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 1982. p.100-19.

RUDOLF, G. **Die Therapeutische Arbeitsbeziehung** [The therapeutic working alliance]. Berlin: Springer, 1991.

SAKETOPOULOU, A.V. The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: theoretical conceptualizations and research findings. **Psychotherapy: theory, research, practice, training**, Washington, v.36, n.4, p.329-42, 1999.

SANDLER, J.; HOLDER, A.; DARE, C. Basic psychoanalytic concepts: counter-transference. **British Journal of Psychiatry**, v.117, p.83-8, 1970.

SCHACHT, T.B.; BINDER, J.; STRUPP, H. The dynamic focus. In: STRUPP, H.; BINDER, J. **Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy**. New York: Basic Books, 1984. p.65-109.

SCHESTATSKY, S.S. et al. Introdução. In: EIZIRIK C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.13-9.

SHANE, M. The therapeutic alliance. In: LEVY, S.T. **The therapeutic alliance**. Madison, UC: International Universities Press, 2000. p.109-23.

SHAPIRO, D.A.; SHAPIRO, D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replicational and refinement. **Psychological Bulletin**, Washington, v.92, n.3, p.581-604, 1982.

STERBA, R.F. The fate of the ego in analytic therapy. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.115, p.117-26, 1934.

TELLER, V.; DAHL, H. The framework for a model of psychoanalytic inference: proceedings of the Seventh International Joint Conference on Artificial Intelligence. **Anais**. Vancouver, 1981. p.394-400.

UNGERER, J.A. et al. The early development of empathy: Self-regulation and individual differences in the first year. **Motivation Emotion**, v.14, p.93-106, 1990.

VAILLANT, G.E. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.24, p.107-18, 1971.

VAILLANT, G.E.; BOND, M.; VAILLANT, C.O. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.43, p.786-94, 1986.

VERGA, M.C. et al. Empirical approach to the concept of alliance in psychotherapy: help, work, and therapeutic alliance. **Ricerca in Psicoterapia**, Roma, v.2, n.1-3, p.34-62, 1999.

VERSIANI, M. Prefácio. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (eds.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000, p.10-11.

WALLERSTEIN, R.S. A study of psychoanalysis and psychotherapy. In: _____. **Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy**. New York: Guilford, 1986. p.784.

_____. The psychoanalyses and the psychotherapies. In: _____. **The talking cures**. New York: Vail-Ballou Press, 1995. p.3-14.

_____. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual. In: EIZIRIK, C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.43-57.

WEISS, J. Theory and clinical observations. In: WEISS, J.; SAMPSON, H. **The Mount Zion Psychotherapy Research Group: the psychoanalytic process: theory, clinical observations, and empirical research**. New York: Guilford Press, 1996. p. 3-138.

WINNICOTT, D.W. Primitive emotional development. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.26. p.137-43, 1945.

ZASLAVSKY, J.; NUNES, M.L.T., EIZIRIK, C. L. A supervisão psicanalítica: uma revisão e uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.25, n.2, p.297-309, 2003.

ZETZEL, E.R. Current concepts of transference. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.37, p.369-76, 1956.

ZETZEL, E.R.; MEISSNER, W.W. **Basic concepts of psycho-analytic psychiatry**. New York: Basic Books, 1974.

Apêndices

Apêndice A

FORMULÁRIO DE PESQUISA

DADOS DO PACIENTE

Nome
Número do prontuário no HCPA
Endereço
Telefone
Sexo
Idade
Escolaridade em anos de estudo
Profissão
Renda Familiar
Estado civil
Diagnóstico de Eixo I
Eixo II
Eixo III
Eixo IV
Eixo V – GAF
Eixo VI

OBS. Se paciente com diagnóstico de transtornos relacionados a substâncias

Não Abstinente

Abstinente

Uso de medicações

Tempo (meses) de abstinência
(se positivo, enumerá-las)

Tempo de uso das medicações

Psicoterapia atual

Tempo de tratamento em meses
Número de sessões semanais
Motivo da procura

Psicoterapias anteriores

Tipo de Psicoterapia
Tempo de tratamento em meses
Número de sessões semanais
Motivo da procura
Motivo da interrupção
Sexo do terapeuta

DADOS DO TERAPEUTA

Nome

Idade

Sexo

Nível de formação em Psiquiatria

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um trabalho de pesquisa na área da psicoterapia que tem como finalidade avaliar a maneira como a pessoa se relaciona com os outros e com seu terapeuta.

Isto será feito através de dois questionários que a própria pessoa irá preencher. O primeiro –um questionário que avalia o padrão de relação com as outras pessoas –traz questões que falam a respeito de como a pessoa reage frente a comportamentos dos outros e como ela espera que os outros reajam frente ao seu comportamento. O segundo questionário pergunta a respeito da relação da pessoa com seu terapeuta. O primeiro compõem-se de um total de 62 itens e o segundo, de 19 itens.

Estamos convidando-lhe a participar deste trabalho. Sua participação envolve sua concordância em preencher os questionários.

Esta investigação terá caráter sigiloso, de forma que em momento algum será revelado a público os nomes dos participantes ou quaisquer dados que possam revelar sua identidade. Também, não será revelado aos terapeutas o resultado dos preenchimentos dos questionários.

Este trabalho não apresenta risco maior que o mínimo, ou seja, o risco não será maior, nem mais provável do que aquele ligado ao exame médico ou psicológico de rotina.

O benefício deste trabalho está ligado ao desenvolvimento das pesquisas na área de psicoterapia, tratamento este de utilidade e resultados já comprovados.

Em caso de quaisquer dúvidas a respeito do referido estudo, estaremos prontos para esclarecê-las. As pesquisadoras responsáveis são Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin, Dra. Eliane Ferreira e Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes. O contato pode ser feito através da pesquisadora Eliane Ferreira, de Segunda a Sexta-feira, das 13:00 às 18:00 hs pelo telefone 3325 9385 ou pelo e-mail: ebferreira@cpovo.net.

O período total da pesquisa será de janeiro a setembro de 2005.

Ressaltamos que sua participação é de caráter voluntário, isto é, o senhor(a) não tem nenhuma obrigação de participar do estudo e tem liberdade para cancelar sua participação a qualquer momento.

Em caso de concordância na sua participação no estudo, solicitamos que leia com atenção todo este texto e assine no local determinado.

Concordo em participar do referido estudo através do preenchimento dos questionários acima especificados. Estou ciente de que minha participação é voluntária e de que posso cancelá-la a qualquer momento, se assim o desejar. Também fui informado que o risco não é maior do que o exame médico ou psicológico de rotina e que a pesquisadora responsável ficará à disposição para o esclarecimento das dúvidas. Guardarei uma cópia deste termo que me é entregue neste ato.

DATA:

LOCAL:

NOME DO PACIENTE:

ASSINATURA DO PACIENTE:

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Lúcia Helena Freitas Ceitlin
Eliane Bernadete Ferreira
Maria Lúcia Tiellet Nunes

ASSINATURA DOS PESQUISADORES:

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TERAPEUTA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa na área da psicoterapia que tem como finalidade avaliar a associação entre o padrão transferencial e alguns aspectos do relacionamento do paciente como vínculo parental, mecanismos de defesa e a aliança terapêutica.

Para avaliar a aliança terapêutica, utilizamos o instrumento The Revised Helping Alliance Questionnaire, que inclui uma versão para o paciente e outra para o terapeuta.

Convidamos-lhe a participar deste trabalho. Sua participação envolve sua concordância em preencher o questionário do instrumento citado acima – versão terapeuta. Esta inclui 19 questões que investigam como o terapeuta percebe os sentimentos e atitudes do paciente em relação a ele (terapeuta). Também solicitamos o preenchimento do formulário de pesquisa que envolve dados sócio-demográficos do paciente, avaliação multiaxial, informação sobre período de abstinência (em caso de pacientes com transtornos relacionados a substâncias), uso de medicações, duração e frequência da terapia atual, terapia psicanalítica prévia, dados do terapeuta como idade, sexo e ano da residência ou especialização.

A investigação terá caráter sigiloso, de forma que em momento algum será revelado a público os nomes dos participantes ou quaisquer dados que possam revelar sua identidade ou dados do preenchimento individual do questionário.

Este trabalho não apresenta risco maior que o mínimo, ou seja, o risco não será maior, nem mais provável do que aquele ligado ao exame médico ou psicológico de rotina.

O benefício deste trabalho está ligado ao desenvolvimento das pesquisas na área de psicoterapia, tratamento este de utilidade e resultados já comprovados.

Em caso de quaisquer dúvidas a respeito do referido estudo, estaremos prontos para esclarecê-las. A pesquisadora responsável é Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin. O contato pode ser feito através da pesquisadora Eliane Ferreira, de Segunda a Sexta-feira, das 13:00 às 18:00 hs pelo telefone 3325 9385 ou pelo e-mail: ebferreira@cpovo.net.

O período total da pesquisa será de janeiro de 2005 a julho de 2006.

Ressaltamos que sua participação é de caráter voluntário, isto é, o senhor(a) não tem nenhuma obrigação de participar do estudo e tem liberdade para cancelar sua participação a qualquer momento.

Em caso de concordância na sua participação no estudo, solicitamos que leia com atenção todo este texto e assine no local determinado.

Concordo em participar do referido estudo através do preenchimento do questionário acima especificado. Estou ciente de que minha participação é voluntária e de que posso cancelá-la a qualquer momento, se assim o desejar. Também fui informado que o risco não é maior do que o exame médico ou psicológico de rotina e que a pesquisadora responsável ficará à disposição para o esclarecimento das dúvidas. Guardarei uma cópia deste termo que me é entregue neste ato.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO TERAPEUTA:

NOME E ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Lúcia Helena Freitas Ceitlin
Maria Lúcia Tiellet Nunes
Eliane Bernadete Ferreira

Anexos

Favor responder, sempre, conforme indicado, todos os itens e assinale apenas um X em cada linha referente a sua relação com o terapeuta e apenas um X em cada linha referente a sua relação com a pessoa importante! Muito obrigado!

1) No geral, qual o seu comportamento em relação ao seu terapeuta e à pessoa importante em sua vida?

Eu faço o Seguinte...	Terapeuta					Pessoa importante				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
-Eu me imponho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu o/a trato amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu me submeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu o/a agrido verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) No geral, qual o comportamento de seu terapeuta e da pessoa importante em sua vida?

Ele/ela faz o Seguinte...	Terapeuta					Pessoa importante				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
-Ele/ela se impõe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ele/ela me trata amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ele/ela se submete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ele/ela me agride verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3)O que você sente após um confronto com o seu terapeuta e com a pessoa importante em sua vida?

Após um confronto com ele/ela, eu me vivencio da seguinte forma...	Terapeuta					Pessoa importante				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
-Eu ajo de forma independente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu sigo minhas próprias idéias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu me trato amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu procuro satisfazer as minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu me sujeito às minhas obrigações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu me contenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu fico brabo comigo mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu descuido das minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Como você reage ao comportamento de seu(sua) terapeuta e da pessoa importante em sua vida quando ele/ela se comporta ou caso ele/ela se comportasse da seguinte forma:

Comportamento dele/dela	Minha própria reação	Terapeuta					Pessoa importante				
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Quando ele/ela age da seguinte forma	Eu faço o seguinte										
Ele/ela se impõe	Eu também me imponho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a trato amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu me submeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a agrido verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ele/ela me trata amigavelmente	Eu me imponho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu também o/a trato amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu me submeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a agrido verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ele/ela se submete	Eu me imponho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a trato amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu também me submeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a agrido verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ele/ela me agride verbal ou fisicamente	Eu me imponho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a trato amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu me submeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu também o/a agrido verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5)Qual a reação de seu(sua) terapeuta e da pessoa importante em sua vida em relação a você, quando você se comporta ou caso você se comportasse da seguinte forma:

Quando eu ajo da seguinte forma	Ele/ela faz o seguinte...	Terapeuta					Pessoa importante				
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Eu me imponho	Ele/ela também se impõe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me trata amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela se submete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me agride verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu o/a trato amigavelmente	Ele/ela se impõe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela também me trata amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela se submete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me agride verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me submeto	Ele/ela se impõe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me trata amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela também se submete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me agride verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu o/a agrido verbal ou fisicamente	Ele/ela se impõe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela também me trata amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela se submete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela também me agride verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTA PARTE TRATA DA SUA RELAÇÃO COM OS SEUS PAIS QUANDO VOCÊ ERA CRIANÇA.

1) No geral, qual era seu tipo de comportamento em relação ao seu pai e também a sua mãe?

Eu fazia o seguinte...	Pai					Mãe				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
-Eu me impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu o/a tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu me submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu o/a agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) No geral, qual era o comportamento de seu pai e de sua mãe?

Ele/ela fazia o seguinte...	Pai					Mãe				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
-Ele/ela se impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ele/ela me tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ele/ela se submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Como você se sentia depois de um confronto com seu pai e sua mãe?

Após um confronto com ele/ela, Eu me vivenciava da Seguinte forma...	Pai					Mãe				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
-Eu agia de forma independente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu seguia minhas próprias idéias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu me tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu procurava satisfazer as minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me sujeitava às minhas obrigações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu me continha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu ficava brabo comigo mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Eu descuidava das minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4)Qual era a sua reação na infância quando seu pai ou sua mãe se comportavam ou se eles tivessem se comportado da seguinte forma:

Quando ele/ela agia da seguinte forma	Eu fazia o seguinte...	Pai					Mãe				
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Ele/ela se impunha	Eu também me impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu me submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ele/ela me tratava amigavelmente	Eu também me impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu também o/a tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu me submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ele/ela se submetia	Eu também me impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu também me submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente	Eu também me impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu o/a tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu me submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu também o/a agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5)Qual era a reação de seu pai e de sua mãe na infância em relação a você, quando você se comportava ou caso você se comportasse da seguinte forma:

Quando eu agia da seguinte forma	Ele/ela fazia o seguinte...	Pai					Mãe				
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Eu me impunha	Ele/ela também se impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela se submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu o/a tratava amigavelmente	Ele/ela se impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela também me tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela se submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me submetia	Ele/ela se impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela também se submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu o/a agredia verbal ou fisicamente	Ele/ela se impunha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela me tratava amigavelmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela se submetia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ele/ela também me agredia verbal ou fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo B

THE REVISED HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE – HAq-II VERSÃO PACIENTE

Instruções: Existem maneiras que uma pessoa pode sentir ou se comportar em relação à outra pessoa – seu terapeuta. Considere cuidadosamente sua relação com seu terapeuta e, então, marque cada questão de acordo com a intensidade que concorda ou discorda. **Por favor, marque todas.**

		Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Levemente	Concordo Levemente	Concordo	Concordo fortemente
1	Sinto que posso confiar no(na) meu(minha) terapeuta						
2	Sinto que meu (minha) terapeuta me entende						
3	Sinto que meu(minha) terapeuta quer que eu atinja meus objetivos						
4	Algumas vezes desconfio dos julgamentos do terapeuta						
5	Sinto que eu e meu(minha) Terapeuta estamos trabalhando num esforço conjunto						
6	Acredito que temos idéias semelhantes sobre a natureza dos meus problemas						
7	Geralmente respeito as opiniões do meu(minha)terapeuta sobre mim						
8	As técnicas utilizadas na minha Terapia não servem bem as minhas necessidades						
9	Gosto do meu (minha)terapeuta como pessoa						
10	Na maioria das sessões, eu e meu(minha) terapeuta encontramos uma maneira de trabalhar juntos os meus problemas						
11	Meu (minha) terapeuta se relaciona comigo de uma maneira que retarda o progresso da terapia						
12	Formou-se uma boa relação com meu(minha) terapeuta						
13	Meu(minha) terapeuta parece ser experiente em ajudar as pessoas						
14	Quero muito resolver meus problemas						
15	Meu(minha) Terapeuta e eu fazemos trocas significativas						
16	Meu(minha) Terapeuta e eu, às vezes, fazemos trocas significativas						
17	De vez em quando falamos sobre os mesmos acontecimentos do meu passado						
18	Acredito que meu(minha) Terapeuta gosta de mim como pessoa						
19	Algumas vezes meu(minha) Terapeuta me parece distante						

NOME:

DATA:

LOCAL:

Anexo C

THE REVISED HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE – HAq-II VERSÃO TERAPEUTA

Instruções: Existem maneiras que uma pessoa pode sentir ou se comportar em relação à outra pessoa – seu terapeuta. Considere cuidadosamente sua relação com seu paciente e, então, marque cada questão de acordo com a intensidade que concorda ou discorda. **Por favor, marque todas.**

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo Levemente	Concordo Levemente	Concordo	Concordo fortemente
1	Sinto que meu(minha) paciente confia em mim.						
2	Meu (minha) paciente sente que o(a) entendo.						
3	Meu(minha) paciente sente que quero que atinja seus objetivos.						
4	Às vezes, meu(minha) paciente desconfia de meus julgamentos.						
5	Sinto que eu e meu(minha) paciente estamos trabalhando num esforço conjunto.						
6	Acredito que temos idéias semelhantes sobre a natureza de seus problemas.						
7	Geralmente o(a) paciente respeita minhas opiniões sobre ele(a).						
8	O(a) paciente acha que as técnicas utilizadas na sua Terapia não servem bem as suas necessidades.						
9	O(a) paciente gosta de mim como pessoa.						
10	Na maioria das sessões, eu e meu(minha) paciente encontramos uma maneira de trabalhar juntos os seus problemas.						
11	Meu (minha) paciente acredita que me relaciono com ele(a) de uma maneira que retarda o progresso da terapia						
12	Meu(minha) paciente acredita que criou-se um bom relacionamento entre nós.						
13	Meu(minha) paciente acredita que sou experiente em ajudar as pessoas.						
14	Quero muito que o(a) paciente resolva seus problemas.						
15	Meu(minha) paciente e eu fazemos trocas significativas.						
16	Meu(minha) paciente e eu, às vezes, fazemos trocas significativas.						
17	De vez em quando falamos sobre os mesmos acontecimentos de seu passado.						
18	Meu(minha) paciente sente que gosto dele como pessoa.						
19	Algumas vezes meu(minha) paciente me parece distante.						

NOME DO PACIENTE:

DATA:

LOCAL:

DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE - DSQ-40

Nome: _____

Idade: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

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

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

Anexo E

SELF REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ-20

CIRCULE A RESPOSTA MAIS ADEQUADA A SUA SITUAÇÃO (SIM OU NÃO)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Você tem dores de cabeça com frequência? | SIM | NÃO |
| 2. Tem falta de apetite? | SIM | NÃO |
| 3. Dorme mal? | SIM | NÃO |
| 4. Fica com medo com facilidade? | SIM | NÃO |
| 5. Suas mãos tremem? | SIM | NÃO |
| 6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? | SIM | NÃO |
| 7. Tem problemas digestivos? | SIM | NÃO |
| 8. Não consegue pensar com clareza? | SIM | NÃO |
| 9. Sente-se infeliz? | SIM | NÃO |
| 10. Chora mais que o comum? | SIM | NÃO |
| 11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias? | SIM | NÃO |
| 12. Acha difícil tomar decisões? | SIM | NÃO |
| 13. Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)? | SIM | NÃO |
| 14. NÃO é capaz de ter um papel útil na vida? | SIM | NÃO |
| 15. Perdeu interesse pelas coisas? | SIM | NÃO |
| 16. Acha que é uma pessoa que não vale nada? | SIM | NÃO |
| 17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça? | SIM | NÃO |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo? | SIM | NÃO |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM | NÃO |
| 20. Fica cansado com facilidade? | SIM | NÃO |

ESCORE