

PSICOTERAPIA PELA INTERNET: A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Maria Adélia Minghelli Pieta

Tese para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia sob
orientação do Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia do Desenvolvimento
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Apoio: CAPES

Porto Alegre/RS, 2014

À minha mãe, Maria Helena Minghelli Pieta, minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente o carinho, a dedicação, a seriedade e o compromisso das oito terapeutas que voluntariamente participaram deste estudo, sem receber absolutamente nada em troca, a não ser a gratificação de ajudar pessoas em sofrimento e contribuir para a ciência. Andréia Ponsi, Clarissa Machado Pessota, Cláudia Salete de Oliveira, Daniela Oliveira de Lima Pereira, Liana Höher, Luana Klein Azevedo e Souza, Tatiana Denise Godinho Spreng da Rocha e Vania Maria Leão Domingues, vocês são profissionais maravilhosas que me inspiraram muito e me transformaram! São exemplo de um trabalho clínico genuíno, cuidadoso, atencioso, ético e criterioso. Vocês exerceram habilmente o delicado balanço entre uma vocação profunda de cura e o comprometimento com elevados parâmetros técnicos. Dia após dia, durante meses, além do fantástico trabalho clínico que vocês realizaram com os pacientes, empenharam-se enormemente em superar todo e qualquer desconforto em lidar com questionários e fizeram-no impecavelmente, em prol da pesquisa. Essa foi uma grande demonstração do lugar que o conhecimento ocupa para vocês, acima de qualquer crença ou ponto de conforto subjetivo. Vocês têm o verdadeiro espírito investigativo dos grandes pesquisadores. Seria maravilhoso se outros psicoterapeutas tivessem essa mesma disposição e abertura de vocês para testar e experimentar. Essa pesquisa só pode acontecer graças à ajuda inestimável de vocês. Obrigada, queridas! De coração! Abençoados aqueles que caem em suas mãos!

Agradeço ao Dr. César Bastos, presidente do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, que, fiel aos princípios do instituto de abertura crítica às novas tecnologias, acolheu este estudo. À Dra Marina Bento Gastaud, diretora científica da mesma instituição, que convidou as terapeutas para participarem do estudo, às recepcionistas Adriana Soares e Luciana Bittencourt, bem como toda a equipe que deu suporte integral a este empreendimento, alterando radicalmente a rotina da clínica e atendendo gentilmente os pacientes da pesquisa. O meu muito obrigada a todos vocês do Contemporâneo!

Agradeço aos pacientes desta pesquisa que foram sempre muito colaboradores nesse empreendimento, dispostos em prover as informações necessárias e ciosos de seu papel. Sem vocês, esta pesquisa não teria acontecido. Obrigada a todos vocês e muita sorte em suas trajetórias!

O meu muito obrigada à equipe que deu suporte aos atendimentos psicoterápicos via Skype na UFRGS, Marcelle Matiazio Pinhatti, Jéssica Sartori Ribeiro e Sílvio Ricardo Gusmão e ao Jornal Zero Hora, pela publicação gratuita do anúncio da pesquisa.

Minha grande gratidão ao meu orientador, Prof. Dr. William Barbosa Gomes, que apoiou este projeto integralmente, notável exemplo de pesquisador, mestre sábio, irrequieto, empreendedor, enérgico, culto, com quem tive grande afinidade e profundas conversas intelectuais. Você será sempre um grande amigo, Prof. William!

I am immensely grateful to my co-supervisor Dr David Veale for kindly accepting me in an eight month doctoral internship with CAPES scholarship at the Centre for Anxiety Disorders and Trauma (CADAT), Department of Psychology, Institute of Psychiatry, King's College London, as well as at the Anxiety Disorders Residential Unit (ADRU) at the Bethlem Royal Hospital, Maudsley Hospital. I owe everything I know about how to do quantitative research on psychotherapy effectiveness to Dr Veale and he was a great model of clinician-researcher, committed to high ethical and technical standards. Dr Veale gave me the valuable opportunity to attend clinical rounds, where I learned from the ideal combination of objective measures with clinician's and patients' subjective experience. He is also responsible for a major shift in my view of the therapeutic process where now I am convinced of the fundamental role that specific factors play in psychotherapy altogether with the therapeutic alliance. Thank you also to the whole team at CADAT and ADRU who received me warmly and invited me to sit in on clinical interviews and to accompany patients! I am grateful to Sarah K. Miles, who taught me statistics and how to work on database, and was such a great colleague, to Julie Read for being so helpful and providing me work in events on Cognitive-Behavioural Therapy at King's College London, to Dr Martin Anson for the experience of working together in the Body Dysmorphic Disorder trial and to Dr Alicia Deale for the clinical learning.

Agradeço à banca que acompanhou este trabalho desde o projeto, Profa Dra Lisiane Bizarro de Araújo (relatora), Profa Dra Vera Engler Cury e Prof Dr Cláudio Laks Eizirik, pelas valiosas contribuições.

Ao grupo LaFEC-Biosphec, sou grata pelas ricas trocas e grande apoio dos colegas Rebeca Veras de Andrade Vieira, Manoela Ziebell de Oliveira, Luciano da Silva Alencastro, Marcos Ricardo Janzen, Amanda Costa da Silveira, Tiago Pires Tatton Ramos, Prof Gustavo Gauer, Gerson Siegmund e André Luiz Moreno.

Aos colegas Carolina Baptista Menezes, Luciana Dutra-Thomé, Alba Lila Recalde Aguirre e Thiago Gomes de Castro, sou grata por tê-los tido junto de mim ao longo de toda a jornada acadêmica. Vocês são muito especiais, amigos queridos!

Agradeço aos professores do PPG Psicologia UFRGS pelo trabalho sério e comprometido que me transformou profundamente e que foi exemplo e orgulho de instituição sólida de nosso país, compromissada com o avanço do conhecimento. Ao Nelson Hauck

Filho, sou grata pelo auxílio prestado em estatística e ao secretário Jáder Remião Carrasco, pela ajuda com todos os aspectos burocráticos do curso.

À minha família, gratidão eterna! Vocês são o que me compõe. Ao meu irmão Adriano Minghelli Pieta, agradeço todo o apoio em informática.

Finalmente, agradeço à Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado e pela bolsa de estágio de doutorado de oito meses no King's College London. Espero honrar da melhor forma possível esse grande investimento, contribuindo com meu país.

SUMÁRIO

	Página
Lista de Tabelas	9
Lista de Figuras.....	10
Resumo.....	11
<i>Abstract</i>	12
Apresentação.....	13
Capítulo I: Introdução.....	14
O desenvolvimento da psicoterapia e o papel da relação terapêutica.....	15
Freud e seus dissidentes.....	15
Os pós-freudianos.....	21
A terapia comportamental.....	24
A terapia cognitiva.....	26
As psicoterapias humanistas.....	27
As psicoterapias ecléticas, integrativas e a abordagem dos fatores comuns.....	28
Conclusão.....	29
Capítulo II: Influências da relação terapêutica nos resultados de tratamentos psicológicos.....	31
Resumo.....	32
<i>Abstract</i>	32
Da relação à aliança terapêutica.....	34
Do conceito de relação às medidas de aliança.....	38
Estudos em aliança, transferência e relação real.....	44
Aliança e apego.....	47
Considerações finais.....	48
Capítulo III: Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável?.....	50
Resumo.....	51
<i>Abstract</i>	52
<i>Resumen</i>	52
Atendimento psicoterápico pela Internet: história, conceituação e prática.....	53
A relação terapêutica na psicoterapia pela Internet.....	58
Efetividade da psicoterapia pela Internet.....	61
Questões legais e éticas da psicoterapia pela Internet.....	64
Conclusão.....	66

Capítulo IV: Psicoterapia pela Internet: uma comparação do tratamento psicanalítico via Skype com o presencial.....	68
Resumo.....	69
<i>Abstract</i>	69
Introdução.....	70
Objetivo.....	70
Método.....	70
Participantes.....	70
Tratamento.....	71
Instrumentos.....	71
Procedimentos.....	72
Análise.....	73
Considerações éticas.....	74
Resultados.....	74
Avaliação da aliança terapêutica nos pacientes.....	76
Avaliação da aliança terapêutica nas terapeutas.....	77
Avaliação do progresso dos pacientes.....	77
Relação entre aliança e sintomas.....	88
Discussão.....	88
Conclusão.....	94
Capítulo V: A relação terapêutica na psicoterapia psicanalítica via Skype na percepção de psicoterapeutas e pacientes.....	95
Resumo.....	96
<i>Abstract</i>	96
Introdução.....	97
Método.....	99
Participantes.....	99
Instrumentos.....	99
Procedimentos.....	100
Critério de análise.....	100
Considerações éticas.....	103
Resultados.....	103
Presença.....	103
Confiança.....	106
Conexão.....	107

Compreensão.....	109
Participação do paciente.....	111
Discussão.....	112
Conclusão.....	116
Capítulo VI: Discussão geral e considerações finais.....	118
Referências.....	122
Anexo A - <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (M.I.N.I. PLUS 5.0.0) módulo L “Transtornos Psicóticos”.....	141
Anexo B - Questionário de dados sociodemográficos.....	144
Anexo C - <i>Working Alliance Inventory</i> (WAI) Terapeutas.....	146
Anexo D - <i>Working Alliance Inventory</i> (WAI) Clientes.....	151
Anexo E – <i>Outcome Questionnaire</i> (OQ-45).....	156
Anexo F – Entrevista Semiestruturada Terapeutas.....	158
Anexo G – Entrevista Semiestruturada Clientes.....	159
Anexo H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Clientes.....	160
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Terapeutas.....	162

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Características dos participantes em cada grupo.....	79
Tabela 2. Análise de variância (ANOVA) das médias de pacientes e terapeutas nas subescalas <i>Task</i> , <i>Bond</i> e <i>Goal</i> do <i>Working Alliance Inventory</i> (WAI).....	81
Tabela 3. Comparação dos resultados dos pacientes nas subescalas <i>Task</i> , <i>Bond</i> e <i>Goal</i> do WAI nos dois grupos.....	82
Tabela 4. Comparação dos resultados das terapeutas nas subescalas <i>Task</i> , <i>Bond</i> e <i>Goal</i> do WAI nos dois grupos.....	83
Tabela 5. Análise de variância (ANOVA) das médias dos pacientes no <i>Outcome Questionnaire</i> (OQ-45) e subescalas <i>Symptom Distress</i> (SD), <i>Interpersonal Relations</i> (IR) e <i>Social Role</i> (SR) nos grupos <i>online</i> e presencial.....	84
Tabela 6. Comparação dos resultados do OQ-45 Total nos dois grupos.....	85
Tabela 7. Comparação dos resultados das subescalas do OQ-45 - <i>Symptom Distress</i> (SD), <i>Interpersonal Relations</i> (IR) e <i>Social Role</i> (SR) - nos dois grupos.....	86
Tabela 8. <i>Linear growth models</i> para mudança nos sintomas ao longo do tempo.....	89

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Fluxograma dos pacientes.....	75
Figura 2. Médias na subescala <i>Symptom Distress</i> do <i>Outcome Questionnaire</i> OQ-45 ao longo das doze semanas de intervenção de <i>follow-up</i> de 12 meses.....	87
Figura 3. Médias na subescala <i>Interpersonal Relations</i> do <i>Outcome Questionnaire</i> OQ-45 ao longo das doze semanas de intervenção de <i>follow-up</i> de 12 meses.....	87
Figura 4. Médias na subescala <i>Social Role</i> do <i>Outcome Questionnaire</i> OQ-45 ao longo das doze semanas de intervenção de <i>follow-up</i> de 12 meses.....	87

RESUMO

A psicoterapia pela Internet é proibida pela Resolução CFP Nº 011/2012, esperando-se que pesquisas apresentem apoio empírico ao reconhecimento da prática. A relação terapêutica na psicoterapia pela Internet pode equivaler à da psicoterapia presencial e tratamentos *online* tem se mostrado efetivos. Objetivo: apresentar estudos teóricos e empíricos sobre a relação terapêutica e o progresso dos pacientes na psicoterapia pela Internet. Método: nos estudos empíricos, 8 psicólogas ofereceram 12 sessões de psicoterapia psicanalítica a 24 pacientes randomizados em 2 condições: (n=12) via Skype e (n=12) presencial; no estudo quantitativo, utilizaram-se o *Working Alliance Inventory* (WAI) e o *Outcome Questionnaire* (OQ-45); no estudo qualitativo, pacientes e terapeutas responderam a entrevistas semiestruturadas sobre a aliança terapêutica *online* após finalizarem as sessões *online* e 6 terapeutas participaram de grupo focal sobre a aliança *online*. Resultados: ANOVAs e testes *t* pareados mostraram não haver diferenças significativas nas médias do WAI e do OQ-45 nos dois grupos. A pontuação de terapeutas e pacientes foi alta no WAI e os escores no OQ-45 apresentaram decréscimo significativo na décima segunda sessão, diminuição que se manteve no grupo *online* no *follow-up* de 12 meses. 5 temas foram definidos na análise temática: *presença, confiança, conexão, compreensão e participação do paciente*. A presença *online* equivaleu à física e peculiaridades resultaram em um balanço favorável. Terapeutas e pacientes estabeleceram confiança mútua e conexão profunda *online*, contribuindo as intervenções das terapeutas e sua capacidade de conectar-se aos pacientes. A compreensão mútua deu-se em nível adequado, apesar de falhas tecnológicas e os pacientes participaram da psicoterapia *online*. A relação terapêutica foi positiva na percepção de terapeutas e pacientes. Conclusão: no presente grupo, observou-se que a relação terapêutica e os resultados das psicoterapias *online* e presencial foram equivalentes.

Palavras-chave: psicoterapia – tratamento - Internet – aliança - efetividade

ABSTRACT

Psychotherapy through the Internet is prohibited by CFP Resolution No. 011/2012. Empirical research is expected to present support to the recognition of the practice. The therapeutic relationship in psychotherapy over the Internet can be equal to face-to-face psychotherapies and online treatments have proven effective. Objective: to present theoretical and empirical studies on the therapeutic relationship and progress of patients in psychotherapy over the Internet. Method: in the empirical studies, 8 psychologists offered 12 sessions of psychoanalytic psychotherapy to 24 patients randomized into two conditions: (n = 12) via Skype, (n = 12) face-to-face; in the quantitative study, the Working Alliance Inventory (WAI) and Outcome Questionnaire (OQ-45) were used; in the qualitative study, patients and therapists responded to semi-structured interviews about the online therapeutic alliance after finalizing the online sessions and 6 therapists participated in a focus group on online alliance. Results: ANOVAs and paired t-tests showed no significant differences in the WAI and OQ-45 in both groups. Means for the WAI were high and scores for the OQ-45 showed a significant decrease at the twelfth session, maintained in the online group at 12 month follow-up. 5 themes were defined in the thematic analysis of the online therapeutic alliance: presence, trust, connection, understanding and patient participation. Online presence kept equivalence with physical presence and peculiarities resulted in a favorable balance. Therapists and patients established mutual trust and deep connection online. Mutual understanding was given despite technology failures and patients participated in the online therapy. Conclusion: in this sample the therapeutic relationship and treatment outcomes in online and face-to-face therapies were equivalent.

Keywords: psychotherapy – treatment - Internet – alliance - effectiveness

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo explorar e reconhecer os recursos e limites do atendimento psicológico pela Internet, examinando as implicações para a relação terapêutica e a efetividade do tratamento. A exposição da pesquisa está organizada em seis capítulos. Os primeiros três capítulos apresentam estudos teóricos que preparam terreno para o quarto e quinto capítulo, de pesquisa empírica. No sexto capítulo apresentam-se a discussão geral e as considerações finais.

No primeiro capítulo, apresenta-se a relação terapêutica ao longo do desenvolvimento histórico das psicoterapias. No segundo capítulo, realiza-se uma revisão de estudos empíricos sobre a relação terapêutica e sua influência nos resultados de tratamentos psicológicos. No terceiro capítulo, é apresentado o estado da arte em psicoterapia pela Internet nas mais distintas modalidades, com atenção à relação terapêutica que se estabelece na rede. No quarto capítulo é apresentada uma pesquisa experimental que compara psicoterapia psicanalítica pelo Skype com psicoterapia psicanalítica presencial, avaliando a aliança terapêutica e os resultados do tratamento. No quinto capítulo é apresentada uma investigação qualitativa com os participantes do estudo experimental que realizaram tratamento na condição via videoconferência, sobre a relação terapêutica na psicoterapia psicanalítica via Skype. Por fim, no sexto capítulo apresentam-se a discussão geral e as considerações finais.

CAPÍTULO I

Introdução

A psicoterapia é uma prática que tem se mostrado benéfica. Cerca de 75% das pessoas que se submetem a tratamento psicoterápico apresentam algum benefício (Lambert & Shimokawa, 2011). Os resultados de pesquisas mostram que a psicoterapia, em suas muitas variações, é bastante eficiente e significativa para o paciente (Lambert & Archer, 2006).

A psicoterapia é definida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000) como um processo científico de compreensão, análise e intervenção, com utilização de métodos e técnicas psicológicas para propiciar às pessoas condições de enfrentamento aos conflitos e/ou transtornos psíquicos. Apesar de a psicoterapia ser uma prática associada ao trabalho do psicólogo, não está restrita a essa profissão e nem mesmo regulamentada. Graças a seus efeitos comprovadamente positivos, a psicoterapia tem sido ampliada para diversos segmentos da população, suscitando pressões por parte das corporações profissionais e das companhias de seguro de saúde para regulamentação da atividade e redução de custos. Essa discussão já vem acontecendo nos Estados Unidos (Reed & Eisman, 2006), na Alemanha (Müller, 2011), e na França (Roudinesco, 2005). No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) vem se pronunciando enfaticamente acerca da regulamentação da psicoterapia desde 2000, tendo criado em 2009 o “Ano da Psicoterapia”. Neste sentido, segue o exemplo da Alemanha, da França e de alguns estados norte-americanos, onde as psicoterapias devem cumprir rigorosa regulamentação para serem incluídas nas universidades, nos sistemas previdenciários e nos seguros saúde. A ideia é estabelecer parâmetros para que a prática psicoterápica realizada por psicólogos se torne acessível e abrangente (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2008).

Dentro do processo de regulamentação da psicoterapia no Brasil, torna-se presente o debate sobre a possibilidade da prática da psicoterapia pela Internet. A Resolução CFP Nº 011/2012 proíbe essa modalidade de psicoterapia, só permitindo-a na forma de pesquisa, na medida em que ainda não foram investigados métodos que apresentem resultados confiáveis neste tipo de tratamento. De acordo com a literatura (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009; King, 2000) a psicoterapia pela Internet não substitui e nem equivale ao encontro presencial. Há entre as duas modalidades aspectos comuns e diferenciados que exigem exame cuidadoso. Entre eles, e principalmente, a relação terapêutica. Estudos reconhecem que a qualidade da relação terapêutica está associada ao sucesso do tratamento (Horvath, Del Re, Flückiger &

Symonds 2011; Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Archer, 2006; Norcross & Lambert, 2006; Norcross & Wampold, 2011; Safran, 2002; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Por sua vez, já há pesquisas (Bee et al., 2008; Cook & Doyle, 2002; Prado & Meyer, 2006; Reynolds, Stiles & Grohol, 2006) apontando para semelhanças na relação terapêutica entre a terapia *online* e a presencial. No entanto, o questionamento de como a relação terapêutica se estabelece quando terapeuta e paciente estão separados geograficamente segue sendo central às discussões sobre psicoterapia pela Internet.

O presente estudo teve como objetivo explorar e reconhecer os recursos e limites do atendimento psicológico pela Internet, examinando as implicações para a relação terapêutica e a efetividade do tratamento. Com efeito, o fato de a Resolução CFP N° 011/2012 permitir aos psicólogos o oferecimento de psicoterapia pela Internet na forma de pesquisa pode ser interpretado como um incentivo ao estudo desta nova e desafiadora mídia que vem modificando profundamente a natureza relacional e comunicacional entre os povos.

Nessa introdução, apresenta-se uma revisão do desenvolvimento da psicoterapia e do papel que a relação terapêutica teve neste. Busca-se na exposição: 1) compreender como se deram as mudanças na psicoterapia desde seu surgimento (e.g. se por um entendimento específico de homem, por necessidades decorrentes da prática clínica, pelo contato com diferentes teorias, etc.) e o papel que a relação terapêutica adquiriu nessas variações; 2) explicitar os elementos importantes dos principais sistemas teóricos de psicoterapia (apresentar diferentes técnicas e seus objetivos) e a forma como a relação terapêutica é vista neles.

O desenvolvimento da psicoterapia e o papel da relação terapêutica

Freud e seus dissidentes

A psicoterapia é uma prática muito antiga. Embora só tenha sido sistematizada pelo médico alemão Johann Christian Reil, em 1803 (Alexander & Selesnick, 1968) e nomeada pelo inglês Daniel Hack Tuke, em 1872 (Roudinesco, 2005), a psicoterapia, de forma rudimentar, já vem sendo praticada desde os médicos feiticeiros do passado pré-histórico. O homem sempre precisou lidar com suas doenças de uma forma que não fosse necessariamente a das ciências naturais. Filósofos, médicos, artistas, sacerdotes e cientistas incumbiram-se dessa tarefa desde tempos remotos utilizando a intuição, a fé e a sugestão (Alexander & Selesnik). Foi no início do século XX, com Freud, que a psicoterapia adquiriu seus moldes atuais, uma relação de cura em que terapeuta e paciente colaboram ativamente para uma melhora. Para Jung (1935/1991), a terapia freudiana inaugurou a condição básica de todas as

formas mais recentes de terapia, com a tomada de consciência do indivíduo das causas de seu adoecimento psíquico. A conscientização, por parte do paciente, dos conteúdos ou processos relacionados ao seu próprio sofrimento mostrou-se mais favorável ao tratamento do que a sugestão hipnótica. Essa pode ter sido uma das razões pelas quais Freud abandonou as técnicas de hipnose e sugestão. Tais práticas foram iniciadas pelo médico francês Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904) da Escola de Nancy, continuadas e divulgadas pelo discípulo Hippolythe Bernheim (1840-1919), tendo como concorrente a conhecida Escola de Paris, com Jean-Martin Charcot (1835-1893). Havia uma variação de abordagem entre as duas escolas. Charcot considerava a hipnose uma forma de indução autoritária aplicável a pacientes histéricos. Já Bernheim a entendia como uma forma de sugestibilidade aplicável a qualquer pessoa. Como se sabe, Freud estudou com Bernheim e com Charcot, traduzindo para o alemão textos dos dois professores (Ehrenwald, 1976). Outra razão para Freud ter deixado a hipnose pode ter sido seu descontentamento com ela. Achava-se um hipnotizador medíocre, só conseguindo hipnotizar alguns pacientes levemente, e considerava que os resultados obtidos dependiam da relação com o paciente: se problemática desapareciam, se boa retornavam (Walker, 1957).

Em 1882 Freud passou a, em vez de se curvar sobre o paciente deitado no divã, sentar-se atrás dele, fora da vista, com a mão em sua testa, pedindo-lhe que se lembrasse de incidentes conectados com o primeiro aparecimento dos sintomas (Walker, 1957). Sua preocupação inicial, juntamente com Breuer, foi trazer memórias traumáticas e afetos à experiência consciente, permitindo-lhes expressão e conexão associativa com ideias da consciência (Eagle & Wolitzky, 1995). Quando a associação livre se tornou técnica padrão, os objetivos no tratamento psicanalítico buscavam tornar o inconsciente consciente e propiciar o *insight*.

Se essa descoberta de Freud foi de suma importância para a história da psicoterapia, o desenvolvimento do conceito de transferência também o foi. Em 1905, quando da publicação do caso Dora, Freud teorizou o mecanismo de transferência, por meio do qual o paciente reproduziria com o terapeuta moções e fantasias infantis conflituosas que, ao longo do tratamento, tornar-se-iam conscientes, sendo trabalhadas rumo a uma melhora (Freud, 1905/1989). Para Freud, se não houvesse uma relação transferencial com o analista, se o paciente fosse incapaz de se ligar a este, não poderia ser tratado (Kahtuni, 2003).

Para Alexander e Selesnick (1968), já por volta de 1900, Joseph Déjerine, professor de psiquiatria na Salpêtrière, em Paris, asseverou que o que tornava uma psicoterapia possível era o sentimento de confiança que o médico despertava no paciente. Déjerine contestou seu

contemporâneo racionalista Dubois, que acreditava que o que tornava uma terapia eficaz era seu caráter racional, o que possibilitava uma reeducação do paciente de acordo com a razão e os princípios morais vigentes – de forma similar ao tratamento moral de Pinel. Dubois postulou a terapia da persuasão, segundo a qual o médico convencia o paciente de que seus sentimentos, pensamentos e comportamentos neuróticos eram irracionais. De acordo com Déjerine, esta visão era equivocada, pois se a razão e o argumento fossem suficientes para mudar alguém, moralistas e filósofos poderiam fazê-lo, sendo a psicoterapia desnecessária. Para este psiquiatra, o raciocínio por si só seria indiferente e a psicoterapia dependeria única e exclusivamente da influência benéfica do médico sobre o paciente. Era isto que tornaria uma terapia possível. Não se curaria um histérico ou um neurastênico raciocinando com silogismos, mas inspirando nele um sentimento de confiança. A simples ideia não produziria efeito, não mobilizaria a pessoa, mas sim o fato de ser acompanhada de um apelo emocional.

Nesse mesmo sentido, Freud afirmou que o tratamento em si não obrigaria o paciente a realizar tarefa que de forma outra não executaria, mas que seriam os sentimentos afetuosos pelo médico que fariam o paciente colaborar no processo terapêutico (Freud, 1905/1989). O paciente que não conseguisse evocar espontaneamente sentimentos ternos e amistosos pelo médico, afastar-se-ia dele o mais rápido possível, não sendo influenciado por quem não lhe era “simpático” (p. 111).

Para Roudinesco (2005), todas as psicoterapias baseiam-se no princípio de que o processo de cura está relacionado à influência do terapeuta sobre o paciente e à crença deste último no poder terapêutico do primeiro. Wampold (2001), da mesma forma, considerou fundamental à terapia o envolvimento emocional do paciente com o terapeuta, sem o qual o processo terapêutico não se tornaria possível. Eizirik, Liberman e Costa (2008) reforçaram estas afirmações, ao assinalar que é através da relação terapêutica que se processa a psicoterapia. Os primeiros a ressaltar as características da relação entre terapeuta e paciente e atribuir-lhe a devida importância foram Freud e Breuer, em seu modelo metodológico empírico clássico (Gomes & Castro, 2010).

No modelo freudiano de tratamento, a transferência foi vista inicialmente, quando descoberta, em 1905, como inadequada (Walker, 1957). Os pacientes de Freud, majoritariamente mulheres, deixavam-no constrangido com a atração que sentiam por ele; tratou logo de explicar esse sentimento como uma afeição da infância dirigida a uma figura adulta (provavelmente, o genitor do sexo oposto), transferida ao terapeuta (Alexander & Selesnick, 1968). Freud ficava profundamente envergonhado com essa afeição, por considerá-la de natureza sexual, sendo incapaz de retribuí-la (Walker, 1957). Apesar de constatar que

alguns pacientes atingiam uma melhora por meio desse fenômeno, temia que, como na hipnose, os resultados desaparecessem caso a transferência se desfizesse. A “cura pelo amor” (p. 42) era algo que deveria ser evitado e a transferência, abolida, induzindo-se o paciente a vê-la como um sintoma originado na infância; a isso chamou de “análise da transferência” (p. 42).

Com o passar do tempo, Freud observou que a transferência permitia ao paciente reviver experiências passadas, oportunizando-lhe enfrentar acontecimentos e emoções não resolvidos e superá-los (Alexander & Selesnick, 1968). Ao constatar a importância da transferência, decidiu restringir seu contato social com os pacientes – com quem, até então, não via mal nenhum em dividir interesses e se entreter – para, limitando os encontros apenas às sessões, não interferir na relação transferencial (Walker, 1957).

Em 1912, em “A dinâmica da transferência” (1912/1989), Freud distinguiu transferência positiva – de sentimentos afetuosos dirigidos ao médico –, de transferência negativa – de sentimentos hostis a ele endereçados. A transferência positiva tinha uma parte consciente – de sentimentos afetuosos – e outra, que era seu prolongamento, inconsciente – de impulsos eróticos, que seriam a origem de sentimentos como simpatia, amizade e confiança, que teriam sido transformados pela consciência para tornarem-se aceitáveis. A transferência positiva de impulsos eróticos e a transferência negativa, ambas inconscientes, ofereceriam resistência ao tratamento, ao passo que a transferência positiva de sentimentos afetuosos – a única consciente – seria o “veículo de sucesso na psicanálise” (p. 140).

Ainda em 1912, Freud, baseado na noção de que o que regia o comportamento neurótico eram conflitos inconscientes acerca da gratificação de desejos edipianos inaceitáveis, postulou a regra da abstinência (1912/1989). Através dela, o analista não deveria gratificar o paciente na relação terapêutica de forma outra que não a intrínseca ao processo analítico, mantendo uma postura de neutralidade ao longo do tratamento (Freud, 1912/1989). A abstinência evitaria soluções parciais obtidas pela gratificação de necessidades e desejos, pois tal gratificação seria um expediente temporário, impeditivo de *insight* e de possibilidade de mudança estrutural (Eagle & Wolitzky, 1995).

O tipo de relação terapêutica que se estabeleceu então na teoria freudiana foi com uma ênfase na sexualidade e nos desejos edipianos, e com uma forma determinada de proceder sobre eles. O paciente reviveria esses desejos edipianos na relação transferencial com o analista e eles seriam trabalhados por meio da associação livre e da interpretação, rumo ao *insight* e à mudança.

Alfred Adler (1870-1937), discípulo de Freud, discordava do peso dado à sexualidade e formulou a teoria de que toda neurose era uma tentativa de libertar-se de um sentimento de inferioridade. O paciente utilizaria os sintomas como um meio de atingir poder sobre os outros e a transferência estabelecida com o terapeuta seria uma luta por dominação. A relação terapêutica simétrica teria propriedades curativas, na medida em que amenizaria o sentimento de inferioridade do paciente. Adler considerava, por essa razão, fundamental que o paciente se sentisse no mesmo nível do terapeuta e sentava-se diante dele em vez de atrás do divã (Walker, 1957).

Outro discípulo de Freud, Carl Gustav Jung (1875-1961), assim como Adler, retirou o foco da sexualidade e buscou compreender a vida mental de forma teleológica, empenhando-se em descobrir, junto com o paciente, seu propósito de vida (Alexander & Selesnick, 1968; Walker, 1957). Para tanto, enfatizou na relação terapêutica a interação entre paciente e terapeuta e os efeitos benéficos da personalidade do próprio terapeuta (Jung, 1935/1991). A transferência seria fundamental, porém o terapeuta teria a liberdade de agir mais naturalmente, sendo suas reações contratransferenciais de grande importância para o paciente entender suas próprias reações (Walker, 1957).

Sándor Ferenczi (1873-1933), outro seguidor de Freud, modificou a psicanálise clássica através de experimentações (Alexander & Selesnick, 1968). Acreditava que a psicanálise era uma experiência mais emocional do que intelectual. A experiência emocional seria o fator terapêutico essencial e não a interpretação. Por isso, procurou intensificar as experiências emocionais do paciente. Lembrar de conteúdos passados ligados a padrões neuróticos não seria imprescindível ao tratamento; só o ato de o paciente revivê-los junto com o analista, reconhecendo sua inadequação, seria terapêutico (Alexander & Selesnick; Safran & Muran, 2000). Através da *terapia ativa*, Ferenczi – juntamente com Stekel (Walker, 1957) – proibia ou estimulava certas atividades (Alexander & Selesnick; Gilliéron, 1986; Kahtuni, 2003): se o paciente realizava o movimento habitual de cruzar e descruzar as pernas para obter alívio emocional, proibia-o de fazê-lo, para que se conscientizasse das tensões subjacentes; se tinha medo de sair de casa, era encorajado a ir às ruas e tratar a ansiedade em análise; se não se lembrasse de algum incidente do passado ou não estivesse pronto para receber uma interpretação, era forçado a fazê-lo, através da *interpretação ativa*; se não fizesse nenhum avanço no tratamento, poderia ser comunicado de seu término. Ferenczi foi o primeiro a fixar uma data de término do tratamento, sendo o pai da psicoterapia breve (Gilliéron, 1986; Kahtuni, 2003).

Otto Rank (1884-1939), seguindo a mesma linha de Ferenczi e estipulando data de término da análise para combater a fixação no analista, acreditava que o objetivo último da psicanálise era substituir processos intelectuais por fatores afetivos (Alexander & Selesnick, 1968). Propôs que experiências emocionais fossem mais acentuadas que reconstruções intelectuais (Rank, 1947). Segundo sua teoria, o paciente teria problemas primários de separação da mãe e ansiedade em enfrentar o mundo, querendo sempre voltar para o útero materno. A terapia consistiria em, na relação transferencial, o terapeuta ajudar o paciente a tolerar a separação, reconhecer sua própria vontade e individualizar-se criativamente. A espontaneidade da relação terapêutica seria de suma importância para o tratamento, tendo esta proposta influenciado a visão posterior de Rogers (Rice & Greenberg, 1995).

Franz Alexander (1891-1964), também como Ferenczi, considerava que não seria a lembrança de acontecimentos passados que curaria a neurose, mas sim sua revivescência (Alexander, 1963; Gilliéron, 1986). Se para Ferenczi tal revivescência ocorreria em uma relação criadora de injunções, que aumentaria a tensão intrapsíquica, facilitando tomadas de consciência, para Alexander – em colaboração com French (Gilliéron, 1986; Scaturro, 2001) – esta se daria em uma relação propiciadora de experiência emocional distinta da conflituosa (Alexander, 1963). O terapeuta, diferentemente da pessoa autoritária do passado, permitiria que o paciente enfrentasse situações emocionais anteriormente insuportáveis e se conduzisse diante delas de maneira distinta, sendo este o “agente terapêutico cardinal” (p. 350) do qual derivou sua técnica (Alexander, 1963). Na *experiência emocional corretiva* de Alexander, os atos do terapeuta eram mais comedidos do que na *terapia ativa* de Ferenczi; em vez de confrontarem o paciente consigo mesmo, confrontavam-no com um terapeuta melhor que os pais, ou ao menos diferente deles (Alexander & Selesnick, 1968). A atitude do terapeuta não deveria ser de objetividade e não envolvimento; ao contrário, tal atitude desfavoreceria o tratamento por ser artificial e não existir nos relacionamentos humanos, sendo percebida negativamente pelo paciente (Alexander, 1963). A experiência emocional corretiva de Alexander pode ser identificada – embora de forma modificada - em diferentes ênfases psicanalíticas no papel da relação terapêutica como agente principal de mudança (Wallerstein, 1989).

Em Freud e seus dissidentes, podem ser observadas duas ênfases principais nas técnicas psicanalíticas: no *insight* cognitivo como meio de romper padrões neuróticos e nas experiências emocionais por que passa o paciente ao longo do tratamento (Alexander, 1963). As duas posições não são mutuamente excludentes e as diferentes propostas teóricas encontradas na psicanálise atribuem pesos distintos aos fatores intelectuais e às experiências

emocionais. Dependendo da postura do analista quanto a estes dois aspectos, o papel da relação transferencial na análise muda, sendo vista ora como possibilitadora de *insight*, ora como possibilitadora de experiência emocional; também modifica-se a forma como o analista se porta com o paciente e, por conseguinte, a relação terapêutica. Os dissidentes de Freud tiveram um envolvimento mais ativo com os pacientes e consideraram a relação terapêutica como um fim em si mesma, mais do que um meio (Gelso & Carter, 1985).

Os pós-freudianos

Nas diferentes escolas psicanalíticas que surgiram posteriormente a Freud, também se observou uma tendência a se enfatizar a experiência emocional no tratamento. Com a ampliação do foco para transtornos mais graves que a neurose, a relação analítica modificou-se (Eagle & Wolitzky, 1995). Passou a incluir elementos facilitadores de mudança, considerados importantes mesmo por analistas freudianos, apesar de a teoria de Freud enfatizar o *insight* como agente primário de cura.

Alguns analistas contemporâneos de Freud já haviam tido experiência com pacientes gravemente comprometidos, como Jung e Abraham (1877-1925) e o próprio Freud tratou de transtornos fora dos limites da neurose (Eagle & Wolitzky, 1995); no entanto, a psicanálise clássica, em sua concepção, prestava-se mais adequadamente a transtornos neuróticos. Dando um passo além, a psicologia do ego, a escola das relações objetais, a psicanálise interpessoal e a psicologia do *self* produziram teorizações que suscitaram novas formas de tratamento em uma relação analítica diferente da freudiana.

Os expoentes da psicologia do ego, encabeçados por Heinz Hartmann (1894-1970), desenvolveram uma teoria que se voltou para as funções do ego, vendo-as não só como mediadoras de conflitos internos – entre exigências instintuais e julgamentos de valor (adaptação interna) –, mas também como funções autônomas e adaptativas do indivíduo ao meio (adaptação externa). Anna Freud (1895-1982) e outros, como Spitz, Mahler e Erikson, complementaram essa linha que se ocupou de especulações estruturais orientadas para a adaptação (Alexander & Selesnick, 1968; Eagle & Wolitzky, 1995). As funções do ego constituiriam aspectos estruturais do indivíduo e, nos casos patológicos, o objetivo terapêutico seria compreender, de forma dinâmica, como essas estruturas operavam. Por remontarem tais estruturas à fase pré-edípica, como modos de adaptação anteriores mesmo ao complexo de Édipo, a gama de transtornos contemplados por essa visão incluía patologias com estruturas mais deficientes do que a neurótica.

Também os analistas da escola das relações objetais, representada por W. R. D. Fairbairn (1889-1964), desenvolveram preceitos que ampliaram o tratamento para outras patologias além da neurose (Eagle & Wolitzky, 1995). A partir de teorizações de Melanie Klein (1882-1960) surgidas no tratamento de crianças, instaurou-se um entendimento de que o indivíduo possuía objetos internalizados da tenra infância, com os quais se relacionaria paralelamente aos objetos reais (Eagle & Wolitzky, 1995). Imagens primevas de figuras significativas seriam introjetadas no ego como objetos bons e maus (aspectos do outro como proibições, julgamentos e outras características) (Klein, 1952/1986). Estes objetos seriam incorporados sem ser metabolizados, nem integrados à organização pessoal, de forma que seriam percebidos como *presenças*. A esquizofrenia, de acordo com Fairbairn, poderia derivar-se das defesas contra esses objetos maus internalizados e incorporados à personalidade na fase pré-edípica (Alexander & Selesnick, 1968). Oposto a esse modelo de relações objetais encontrava-se o modelo relacional/estrutural da psicanálise interpessoal de H. S. Sullivan (1892-1949) – juntamente com teóricos como Horney e Fromm –, segundo o qual, a relação com os outros constituiria o fundamento da vida mental (Eagle & Wolitzky, 1995; Safran, 2002). Rupturas na ligação emocional da criança com a mãe, por falta de calor e empatia desta, gerariam ansiedade que seria reparada em análise, através da postura do analista de elucidar as relações do paciente com os outros significativos, incluindo o próprio analista (Scaturro, 2001). A relação analítica aqui diferiria substancialmente da de Freud, podendo o terapeuta ser mais ativo e interagir mais com o paciente do que na psicanálise clássica (Liff, 1995). O analista seria um observador-participante, influenciando o fenômeno observado, em vez de encontrar-se externo a ele (Eagle & Wolitzky, 1995).

A psicologia do *self*, estabelecida por Heinz Kohut (1913-1981) – similar à posição teórica de Winnicott (Cushman, 1995) – também estendeu o tratamento analítico para patologias mais graves que a neurose, principalmente transtornos narcísicos. Tal teoria sustentava que o fator primário no desenvolvimento da criança seria o relacionamento entre seu *self* em desenvolvimento com seus cuidadores, na linguagem psicanalítica clássica, seus *objetos* (Kohut, 1989; Siegel, 2005). Esses objetos cumpririam funções determinadas no desenvolvimento do *self* da criança, sendo experienciados como parte de seu *self*, naquilo que Kohut chamou de *selfobjetos*. Se as respostas dos cuidadores da criança estivessem psicologicamente sintonizadas com ela, formar-se-ia um *self* saudável; se fossem persistentemente inadequadas, poderiam constituir um *self* deformado ou enfraquecido, o qual impossibilitaria posteriormente o indivíduo de conservar e controlar a autoestima em níveis normais (Siegel, 2005). O tratamento analítico dos distúrbios do *self* visaria a, através de uma

postura compreensiva e de aceitação por parte do analista, permitir que as necessidades *selfobjetais* do paciente fossem supridas, fortalecendo seu *self*, rumo a uma maior coesão deste (Kohut, 1989; Siegel, 2005). Reações negativas do paciente a “lapsos inevitáveis de empatia” (p. 179) do terapeuta seriam trabalhadas, tendo papel vital no processo terapêutico (Safran, 2002). A postura do analista de compreensão e aceitação das necessidades e exigências do paciente seria radicalmente diferente da de Freud, de interpretar as atitudes do paciente como resistências em renunciar a desejos infantis (o que, muito provavelmente, faria com que o paciente se sentisse censurado e desaprovado, perdendo a oportunidade de reparar suas estruturas defeituosas de *self*).

Em contraste com Sullivan e Kohut, Kernberg (1995) considerava que as relações objetais internalizadas refletiam não as relações objetais reais do passado e sim uma mistura de internalizações realísticas e fantasiadas. A transferência com o analista permitiria que o paciente reativasse essas relações objetais conflituosas, as compreendesse cognitivamente e emocionalmente e fosse capaz de abandoná-las.

Independentemente dos modelos aqui apresentados, a psicanálise parece ter-se movido com a teoria das relações objetais para uma perspectiva que enfatizava a experiência relacional do indivíduo com os outros e com o próprio analista (Fonagy & Target, 2003). A relação terapêutica que se estabeleceu em decorrência dessas teorizações assumiu uma nova configuração, atendendo às necessidades do paciente. Eagle e Wolitzky (1995) indicaram como a relação terapêutica, entendida pelos pós-freudianos, contribuía para o paciente. Em primeiro lugar, a experiência atual do paciente na análise e a internalização de uma figura parental não julgadora ajudariam a reduzir a autocrítica severa. Em segundo lugar, na relação analítica o paciente teria a oportunidade de identificar-se com a postura do analista, com as concepções dele acerca de si e com o próprio analista. Também a relação analítica poderia prover uma base segura e ajudar o paciente a progredir para uma autonomia e individuação. Além disso, o terapeuta permitiria que o paciente utilizasse-o para regular seus estados de tensão. A empatia do terapeuta, que seria o fator fundamental de cura e que daria impacto ao *insight*, faria com que o paciente se sentisse compreendido, possibilitando-lhe afirmar sua individualidade.

Variações na forma como os analistas empregam estes elementos devem-se, principalmente, aos preceitos teóricos que seguem e ao tipo de paciente que atendem (Goldstein, 2000). Basicamente, seriam três as generalizações (Eagle & Wolitzky, 1995): 1) Para pacientes com patologias mais graves, especialmente transtornos *borderline* e narcísico, a relação terapêutica seria mais importante do que o *insight*; para pacientes mais saudáveis

(neuróticos), ao contrário, o mais importante seria o *insight*, sendo a relação terapêutica secundária; 2) independentemente dos tipos e graus de patologia, os analistas freudianos atribuiriam maior peso ao *insight* acerca dos conflitos inconscientes, enquanto que os das relações objetais e psicologia do *self*, aos aspectos da relação terapêutica (que teria propriedades curativas em si mesma, por exemplo, facilitando uma maior coesão do *self*); 3) os analistas que enfatizam o *insight* tenderiam a ver os conflitos edípicos como fundamentais, enquanto que os que priorizam a relação terapêutica concentrar-se-iam mais no desenvolvimento pré-edípico, não se ocupando de tópicos relacionados à gratificação na transferência.

Nesse mesmo sentido, Zimerman (2004) afirmou que quanto maior a desorganização do *self* do paciente, com um estado de regressão a níveis primitivos (e.g. psicóticos e *borderline*), maior a importância da relação terapêutica; quanto maior a organização do *self* do paciente, maior a importância da interpretação. Tais elementos se complementarizam e seriam indissociáveis no tratamento, cabendo ao analista ter a sensibilidade de perceber qual a proporção de um e de outro que deveria ser utilizada para cada paciente. Com efeito, Wallerstein (1989) observou no projeto “*The Menninger Foundation Psychotherapy Research Project*” que os tratamentos psicanalíticos de 42 pacientes continham uma combinação desses elementos em diferentes dosagens.

Zetzel (1971), por exemplo, em sua experiência clínica com pacientes com patologia grave de relações objetais – *borderline* –, considerou que a relação terapêutica era de suma importância no tratamento. Os pacientes *borderline* seriam incapazes de suportar os afetos dolorosos da transferência, devendo-se trabalhar com eles a relação real terapeuta-paciente (abordada no Capítulo II desta tese), provendo-lhes certo grau de adaptação. Todavia, apesar de alguns autores sugerirem uma preparação especial dos pacientes *borderline* para a interpretação transferencial, outros consideram que a interpretação transferencial deve ser feita desde o início do tratamento e que se deve prevenir o paciente para a possibilidade de comportamentos desadaptativos no processo (Peres, 2009).

A terapia comportamental

Se por um lado observa-se o papel crucial que a relação terapêutica desempenhou no tratamento analítico, por outro, um novo tipo de psicoterapia que emergiu após a psicanálise, a terapia comportamental, recebeu severas críticas quanto ao tipo de relação terapêutica que estabeleceu.

A terapia comportamental surgiu por volta de 1950, como uma insatisfação com o modelo psiquiátrico clássico e com as psicoterapias psicodinâmicas na solução de diversos problemas que os pacientes apresentavam (Kazdin & Hersen, 1980). Joseph Wolpe (1915-1997) e Hans Eysenck (1916-1997) trouxeram princípios pavlovianos à psicoterapia e desenvolveram a terapia comportamental, cuja proposta era tratar um comportamento disfuncional observável, definível operacionalmente e predizível, com objetivos claros e colaboração ativa do paciente. Através da análise comportamental, eram definidas as técnicas específicas a serem utilizadas, planejando-se tarefas e condutas realizadas dentro e fora das consultas, com avaliações periódicas por parte do terapeuta.

O fato de a terapia comportamental preocupar-se fundamentalmente com resultados pré-estabelecidos, obtidos através de intervenções padronizadas, por terapeutas treinados de maneira uniforme, fez com que fosse considerada por outros terapeutas como mecânica e superficial, lidando apenas com sintomas. Foi criticada quanto à qualidade da relação terapêutica que estabelecia nesse tipo de tratamento. Respostas a essas críticas alegaram que empatia, calor humano, interesse e outras qualidades do terapeuta seriam fundamentais e, que se o tratamento fosse impessoal, era um mau uso da técnica, a qual deveria ser sempre utilizada em um contexto terapêutico (Kazdin & Hersen, 1980).

De fato, no desenvolvimento da terapia comportamental, os terapeutas não focaram na relação terapêutica. Ela não se encontrava quase em escritos da terapia comportamental não só para se diferenciar esta modalidade terapêutica da psicoterapia psicodinâmica, como também porque a relação não havia sido definida operacionalmente (Glass & Arnkoff, 1995). Wolpe foi um dos poucos autores que escreveram sobre a relação terapêutica no início do desenvolvimento da terapia comportamental. Apesar de ser pouco documentada na literatura, a relação terapêutica parece sempre ter sido instrumental no tratamento de terapeutas proeminentes da área, pois ajudava a elevar as expectativas do paciente e provia uma base lógica para os métodos do tratamento e confirmação do cliente.

Atualmente, a relação terapêutica na terapia comportamental é vista como necessária (no sentido de que gera expectativas e motivações no paciente para seguir o tratamento), mas não suficiente; dá-se de maneira distinta das terapias psicanalíticas e humanistas por ser uma relação colaborativa em que o terapeuta ensina novas habilidades ao paciente (Glass & Arnkoff, 1995). Embora a terapia comportamental não se preocupe de forma explícita com aspectos transferenciais, um bom vínculo com o terapeuta é crucial para seu sucesso, sendo os procedimentos específicos para mudar o comportamento baseados na construção de uma relação terapêutica adequada (Ceitlin & Cordioli, 2008).

A terapia cognitiva

Do mesmo modo que a terapia comportamental, a terapia cognitiva não se preocupou com aspectos transferenciais. Ela teve suas primeiras concepções entre 1950 e 1960, através de Albert Ellis (1913-2007), Arnold Lazarus (1932-2013) e Aaron Beck (1921-), terapeutas de orientação psicanalítica que buscaram métodos comportamentais, cognitivos e afetivos para tratar seus pacientes. Fundamentalmente, este tipo de tratamento breve, diretivo, com a participação ativa do paciente reside na identificação e modificação dos pensamentos e crenças disfuncionais que determinam o estado de humor, o afeto e o comportamento do sujeito (Rangé & Souza, 1998). No processo terapêutico, inicialmente é feita uma definição do problema, a seguir o terapeuta ensina o modelo cognitivo do sintoma ao paciente, este último coopera ativamente na realização de tarefas dentro e fora das consultas, aprende, gradualmente, a utilizar recursos adquiridos na terapia para lidar com seus problemas, até que, por fim, torna-se capaz de fazê-lo sozinho. Algumas técnicas cognitivas utilizadas pelo terapeuta são o questionamento socrático, a identificação das distorções cognitivas, os experimentos comportamentais para testar as crenças, etc. Técnicas comportamentais também podem ser utilizadas concomitantemente às cognitivas, como por exemplo, exposição e relaxamento.

Apesar de a terapia cognitiva focar em pensamentos e crenças conscientes, tendo caráter fortemente educativo, não se trata de um trabalho terapêutico puramente técnico-racional; nem por voltar-se para resultados pré-estabelecidos, utilizando intervenções padronizadas – como na terapia comportamental – significa que seja impessoal. Para que a terapia cognitiva seja eficiente, deve-se estabelecer uma relação terapêutica adequada, com o paciente confiando no terapeuta, nutrindo afetos positivos por ele e supondo-o competente para tratá-lo (Oliveira, Pires & Vieira, 2009). A disposição interna do paciente favorável à terapia, por sua vez, é possibilitada pela competência compreensiva do terapeuta na comunicação com o paciente, por seu interesse genuíno neste último e pela valorização de sua participação ativa na terapia (Oliveira et al., 2009). A empatia e identificação com o paciente é que permitem ao terapeuta entender o sentido das experiências deste, oferecendo explicações plausíveis dentro do campo de referência do paciente (Beck, 1979). Somente através destes elementos é que se pode estabelecer uma adesão ao processo terapêutico, expressa por uma relação colaboradora entre terapeuta e paciente, concorrendo para o sucesso da terapia (Rangé & Souza, 1998). Segundo Alford e Beck (1997), fatores interpessoais são valorizados na terapia cognitiva, atentando-se para elementos como: a) características do

terapeuta (calor, empatia e genuinidade); b) interação terapêutica (confiança básica, boa relação); c) colaboração terapêutica; e d) reações transferenciais e contratransferenciais. Para Safran (2002), apesar de na literatura acerca de psicoterapia cognitiva existir uma tendência a se considerar o relacionamento terapêutico menos importante do que a técnica, tem havido uma crescente atenção à qualidade deste; entretando, faltaria uma estrutura teórica sistemática para guiar seu uso no tratamento.

As psicoterapias humanistas

O descontentamento com a relação terapêutica psicanalítica que perdia de vista o sujeito real diante de si contribuiu para que alguns psiquiatras europeus dos anos de 1940 e 1950 desenvolvessem novas abordagens no tratamento de pacientes (Rice & Greenberg, 1995; Yalom, 1980). Ludwig Binswanger (1881-1966), Medard Boss (1903-1990) e Viktor Frankl (1905-1997) desenvolveram psicoterapias inspiradas no existencialismo e na fenomenologia, com Rollo May (1909-1994) seguindo essa vertente nos Estados Unidos.

Carl Rogers (1902-1987) interessou-se em conhecer os processos de mudança do paciente que acarretavam resultados bem-sucedidos em terapia, e em compreender de que forma eram facilitados pelo terapeuta. Para tanto, inaugurou a prática de gravação de consultas e análise da comunicação verbal que se estabelecia entre terapeuta e cliente (Rogers, 1951). Identificou, então, que a relação terapêutica apresentava-se em alguns momentos com características semelhantes à relação Eu – Tu descrita por Martin Buber (1878-1965). Tratava-se, pois, de uma relação genuína, mútua, que levava o outro em consideração na sua totalidade e que teria um poderoso efeito de cura. A mesma descrição aplicava-se ao que acontecia nos bons momentos terapêuticos (Rice & Greenberg, 1995). Posteriormente, na abordagem centrada na pessoa, aprofundou a teorização da relação terapêutica, desenvolvendo os conceitos de empatia, aceitação incondicional e congruência (Rogers, 1957), que vieram a ser fundamentais nos estudos posteriores acerca da efetividade das terapias (Ackerman et al. 2001; Wolf, n.d.). Fritz Perls (1893-1970) também enfatizou a importância da relação dialógica Eu – Tu de Buber na Gestalt-terapia (Hycner, 1997).

As psicoterapias humanistas variaram muito nas suas diferentes abordagens, mas tinham em comum a ênfase na subjetividade e na compreensão pelo sujeito de sua própria experiência, opondo-se à noção de indivíduo como um objeto a ser analisado de um ponto de vista externo, que ignorava sua realidade existencial (Rice & Greenberg, 1995). A relação terapêutica era vista como fundamental ao tratamento. Em vez de concebida como uma relação transferencial em que se repetiam experiências afetivas anteriores, era entendida como

uma relação real, que se desenvolvia entre terapeuta e cliente, provendo uma nova experiência interpessoal para este último (Rice & Greenberg, 1995). Ela seria o principal agente de mudança, mais importante do que a técnica. A congruência, a empatia e a aceitação incondicional do terapeuta permitiriam ao cliente explorar profundamente suas experiências, deparando-se com aspectos nunca antes conhecidos. O encontro nos termos da relação Eu-Tu de Buber propiciaria a cura na abordagem gestáltica. A relação real entre terapeuta e cliente constituiria, nas psicoterapias existenciais, uma forma única de se estar com o outro, através do contato direto, informal e igualitário; nessas psicoterapias, o encontro real e autêntico seria um poderoso fator de mudança, devendo o terapeuta se fazer presente a cada instante, compartilhando seus sentimentos.

As psicoterapias ecléticas, integrativas e a abordagem dos fatores comuns

A relação terapêutica nas psicoterapias da linha integracionista ocupa posição de destaque dentre os fatores comuns às terapias, área mais estudada no movimento de integração (Arkowitz, 1995; Arnkoff & Glass, 1995). Compreender como a relação terapêutica influencia os resultados da psicoterapia é importante para seu processo de integração.

A tendência integrativa na prática clínica emergiu da insatisfação de alguns terapeutas em seguir uma única escola ou do entusiasmo com evidências empíricas em psicoterapias (Arnkoff & Glass, 1995). Em 1932, o psicanalista Thomas French estabeleceu relação entre Freud e Pavlov, destacando semelhanças entre a repressão e a extinção (Sundfeld, 2000). Em 1936, Rosenzweig teorizou fatores comuns às terapias – a efetividade destas dever-se-ia a similaridades em seus processos –, tema explorado por Garfield, a partir de 1957, e por Frank, em 1961 (Arnkoff & Glass, 1995). Em 1950, Dollard e Miller explicaram métodos psicanalíticos através de teorias da aprendizagem (Arnkoff & Glass, 1995) e Franz Alexander (1963) escreveu que o que ocorria em terapia poderia ser entendido como recompensa e punição. “*Psychoanalysis and behavior therapy*” de Wachtel foi considerado o trabalho mais importante de integração da década de 1970, no qual combinou psicanálise e princípios da terapia comportamental aprendidos com Wolpe e Davidson (Arnkoff & Glass, 1995).

Existem quatro modalidades de integração. Três delas são citadas por Norcross e Newman (Trijsburg, Colijn & Holmes, 2007): 1) ecletismo técnico: combina diferentes intervenções de base empírica em qualquer tratamento, sem adoção do modelo teórico subjacente; 2) integração teórica: sintetiza teorias existentes, produzindo uma nova estrutura com base teórica própria; e 3) abordagem dos fatores comuns: conjuga aspectos comuns às

terapias. Messer adicionou uma quarta modalidade, a *integração assimilativa* (Stricker, 2010): assimila técnicas a uma determinada abordagem, transformando-as conforme esta (Sundfeld, 2000). Essas quatro abordagens não são mutuamente excludentes.

Os autores da linha integrativa tendem a enfatizar a qualidade da relação terapêutica, como, por exemplo, Beutler, que na psicoterapia eclética sistemática, ressaltou sua importância, considerando elementos facilitadores (Trijsburg, Colijn & Holmes, 2007): 1) a correspondência de valores entre terapeuta e paciente para desenvolver confiança e atração entre ambos (Richert, 2006); 2) moldar as intervenções de acordo com as características do paciente (e.g. se o paciente é extrovertido, ser mais diretivo; se introvertido, ser menos diretivo); e 3) estimular uma aliança de trabalho. Na terapia de fatores comuns de Arkowitz, um relacionamento afetivo e positivo nos termos rogerianos é a chave para um bom tratamento, bem como na terapia de apoio, que desencoraja a transferência negativa e regressiva, e o terapeuta mostra-se na pessoa real que é (Trijsburg et al, 2007).

Conclusão

No desenvolvimento das psicoterapias podem ser observadas diferenças na visão de homem, nas técnicas empregadas e no papel atribuído à relação terapêutica. A descoberta de Freud da importância da tomada de consciência dos sintomas, por parte do paciente, o abandono do hipnotismo e o desenvolvimento do conceito de transferência inauguraram o método moderno de psicoterapia. A associação livre, a interpretação e o *insight* estabelecidos na transferência permitiam resolver questões referentes a conflitos sexuais edípicos. A transferência passou a ser elemento fundamental da análise, constituindo o marco histórico da importância atribuída à relação terapêutica na psicoterapia.

Os dissidentes de Freud desviaram o foco da sexualidade e inovaram em técnicas, modificando o papel da relação terapêutica, retirando a ênfase no *insight* cognitivo e colocando-a nas experiências emocionais do paciente. Os pós-freudianos ampliaram o foco da psicanálise para patologias mais graves do que a neurose, especulando acerca de estruturas pré-edípicas orientadas para a adaptação. A relação terapêutica, em vez de ser um veículo propiciador de *insight*, teria propriedades curativas em si mesma, na medida em que corrigiria experiências pregressas disruptivas.

Os terapeutas comportamentais e cognitivos, baseados nas teorias da aprendizagem e cognição, identificaram comportamentos, pensamentos e crenças disfuncionais e os modificaram. Foram criticados por atentarem para os resultados, em detrimento da relação terapêutica. Reagiram sob a alegação de que a qualidade da relação era necessária, mas não

suficiente para o sucesso do tratamento. Os terapeutas humanistas, por sua vez, colocaram a ênfase no processo terapêutico em vez dos resultados e estabeleceram uma relação autêntica com os pacientes, a qual, em si mesma, deveria ser facilitadora de mudança.

As psicoterapias ecléticas, integrativas, as abordagens dos fatores comuns e a integração assimilativa combinaram diferentes técnicas baseadas em evidências e elementos comuns às terapias. A relação terapêutica teve destaque e os elementos que deveriam garantir sua qualidade foram teorizados.

Se, por um lado muitas das variações aqui apresentadas, no desenvolvimento da psicoterapia, deram-se por autoria de indivíduos que tiveram a coragem de ousar, por outro, foram determinadas por seu contexto social e histórico (Cushman, 1995; Vanderbos, Cummings & Deleon, 1995). Hoje, a prática psicoterápica está cada vez mais cerceada pelo movimento da prática baseada em evidências, que exige estudos controlados e compilação de achados para justificar escolhas técnicas, postura que vem sendo tomada por instituições, órgãos públicos e seguradoras na oferta de serviços de saúde. Tal movimento, segundo Tanenbaum (2005), caracteriza-se pela supremacia da informação sobre a autoridade e a tradição. Por conta disso, tende a haver cada vez menos espaço para inovações individuais no campo da psicoterapia, tendo toda e qualquer novidade clínica que passar pelo crivo da ciência para ser legitimada. A pesquisa em psicoterapia vive, pois, seu momento de apogeu e um elemento que vem sendo bastante estudado é a relação terapêutica e sua influência nos resultados dos tratamentos. A seguir, serão abordados estudos em relação terapêutica.

CAPÍTULO II

Título: Influências da relação terapêutica em resultados de tratamentos psicológicos¹

Título abreviado: Relação terapêutica

Title: Influences of the therapeutic relationship in psychological treatment outcomes

Maria Adélia Minghelli Pieta

William Barbosa Gomes

¹ Artigo submetido

Resumo: O reconhecimento de que serviços psicológicos sejam oferecidos em padrões éticos elevados e sustentados por evidências tem incentivado a investigação dos mais variados aspectos da psicoterapia. O estudo analisa o estado da arte em pesquisas sobre relação terapêutica. Primeiro, caracteriza o conceito de aliança, definida como a mutualidade expressiva de sentimentos e atitudes entre terapeuta e paciente, para diferenciá-la de transferência (repetição de padrões comunicacionais anteriores) e de relação real (autenticidade ou assertividade na relação). Segundo, revisa metanálises, destacando os elementos preditores da relação terapêutica, a interligação de seus componentes e a forma como afetam os resultados. As metanálises apontam para um novo patamar na pesquisa e na prática psicoterapêutica, focalizada na natureza da demanda, no perfil do paciente, e na efetividade do tratamento, e pouco interessada nas tradicionais divergências entre abordagens. Conclui-se com recomendações para uma relação terapêutica propositiva e ética.

Palavras-chave: relação terapêutica; aliança; psicoterapia; resultados

Abstract: The recognition that psychological services should be offered on high ethical standards and supported by evidence has encouraged research of various aspects of psychotherapy. The study analyzes the state of the art in research on therapeutic relationship. First, characterizes the concept of alliance, defined as mutuality expressive of feelings and attitudes between therapist and patient, to differentiate it from transference (repetition of previous communication patterns) and real relationship (assertiveness and authenticity in the relationship). Second, reviews meta-analyzes, highlighting the elements that predict therapeutic relationship, the interconnection of its components and how they affect the results. Meta-analyzes point to a new level in research and psychotherapeutic practice, focused on the nature of the demand, the patient profile, and the effectiveness of treatment, and little interested in the differences between traditional approaches. It concludes with recommendations for a purposeful and ethical therapeutic relationship.

Keywords: therapeutic relationship; alliance; psychotherapy; outcomes

O sucesso da psicoterapia tem se mostrado fortemente associado à relação terapêutica, independentemente de abordagem teórica. Pesquisas recentes indicaram que a relação terapêutica responde por 30% resultados, perdendo apenas para os fatores do paciente que alcançaram o primeiro lugar, explicando 40% da variância dos resultados (Lambert & Barley, 2001). Esses dados vêm sendo confirmados por vários estudos com auxílio de metanálise (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Tais achados levaram os psicoterapeutas para além dos seus vínculos teóricos, ensejando uma compreensão mais global do processo, com apoio em pesquisas empíricas.

Entende-se por relação terapêutica a forma como se configuram e se expressam a mutualidade dos sentimentos e das atitudes entre terapeuta e paciente (Gelso & Carter, 1985). Ao termo relação terapêutica associam-se os termos aliança terapêutica e aliança de trabalho que são utilizados como sinônimos, principalmente em pesquisa (Carter, 2006). Para muitos estudiosos (Hatcher & Barends, 2006), não há uma distinção clara entre relação e aliança. A equivalência entre os conceitos pode ser observada na escala *Agnew Relationship Measure* (ARM) desenvolvida por Agnew-Davies, Stiles, Hardy, Barkham e Shapiro (1998).

A aliança terapêutica vem sendo amplamente estudada nas últimas décadas, por se tratar de fator comum às psicoterapias e estar associada à efetividade do tratamento. Entre os interesses desses estudos destacam-se: 1) o que caracteriza a qualidade da relação (Smith-Hansen, Constantino, Piselli & Remen, 2011), 2) como estabelecer uma relação qualificada e continuada, sem rupturas e sobressaltos (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011), e 3) como tomar os indicadores de qualidade da relação como prognóstico de efetividade (Horvath et al., 2011). O reconhecimento da importância da relação na psicoterapia levou a *Division of Psychotherapy* da *American Psychological Association* (APA) a criar, em 1999, uma força tarefa para identificar, operacionalizar e divulgar informações sobre a relação terapêutica.

O presente artigo traz uma análise do estado da arte nas pesquisas em relação terapêutica, com atenção às suas propriedades e características principais e à sua pertinência

para o sucesso do tratamento. A compreensão abrangente e crítica da relação terapêutica, distante de preconceitos de abordagens e práticas particulares, abre espaço para a reconsideração deste aspecto fundamental à psicoterapia. Por conseguinte, oferece indicações, apoiadas em evidências, de como instrumentalizar os terapeutas com habilidades para estabelecer, manter, acompanhar, avaliar, e redirecionar, se for o caso, a própria relação. A exposição está organizada em duas partes: a primeira revê as origens e fundamentos do conceito de relação terapêutica e a introdução do conceito paralelo ou implícito de aliança, ressaltando as diferenças entre relação, aliança, transferência e relação real; a segunda revisa estudos empíricos, com atenção às metanálises, para ressaltar a convergência entre os vários estudos, apesar de utilizarem medidas com diferentes focos. O estudo conclui com uma análise das recomendações da *Division of Psychotherapy* da APA para a prática da relação terapêutica.

Da relação à aliança terapêutica

A importância da relação terapêutica foi discutida originalmente por Freud, quando reconsiderou e elaborou o papel e a função da transferência na psicoterapia (Horvath et al., 2011). Freud observou o paradoxo de que apesar de o processo terapêutico ativar as defesas do paciente, este, em tratamentos bem-sucedidos, em vez de se distanciar do analista, acabava por colaborar na exploração do material ansiogênico. Haveria uma transferência positiva que ligaria o paciente ao analista, ajudando-o a seguir em tratamento, apesar do aumento do nível de ansiedade.

Já em 1905, no caso Dora, Freud percebeu que o tratamento em si não obrigava o paciente a realizar as tarefas propostas em análise, mas que eram os sentimentos afetuosos pelo analista que o auxiliavam nesta colaboração (Freud, 1905/1989). O paciente que não conseguisse evocar sentimentos ternos e amistosos pelo analista se afastaria dele o mais rápido possível, não sendo influenciado por aquele que não lhe era “simpático” (p. 111).

Em 1912, em “A dinâmica da transferência” (1912/1989), Freud distinguiu transferência positiva, caracterizada por sentimentos afetuosos dirigidos ao analista, da transferência negativa, caracterizada por sentimentos hostis ao psicanalista. A transferência positiva teria uma parte consciente que seriam os sentimentos afetuosos, e outra parte inconsciente que seriam os impulsos eróticos. Na parte inconsciente estaria a origem de sentimentos como simpatia, amizade e confiança, e que teriam sido transformados pela consciência para se tornarem aceitáveis. A transferência positiva de impulsos eróticos e a transferência negativa, ambas inconscientes, ofereceriam resistência ao tratamento, ao passo que a transferência positiva de sentimentos afetuosos, a única consciente, seria o “veículo de sucesso na psicanálise” (p. 140).

Seguindo a linha de raciocínio de Freud e abrindo terreno para o início da conceituação de aliança terapêutica, o psicanalista Sterba (1934) sugeriu que o paciente deveria se identificar com o analista para cumprir as tarefas propostas na análise. Deveria ser ajudado a realizar uma divisão do ego, para que os elementos voltados à realidade se aliassem ao analista na tarefa de auto-observação. Essa separação do racional e do irracional, crucial à análise, foi chamada por Otto Fenichel de *transferência racional* (Safran & Muran, 2000).

Similarmente às posições de Freud e Sterba, a psicanalista Zetzel (1956) indicou que o sucesso da análise dependeria da capacidade de o paciente estabelecer uma relação de confiança com o analista. Tal relação teria como base as experiências anteriores do paciente. Quando esta capacidade não existisse no início do tratamento, o analista deveria prover uma relação de apoio que facilitasse o desenvolvimento da aliança. Foi Zetzel quem utilizou pela primeira vez o termo *aliança terapêutica* (Safran & Muran, 2000).

Inaugurando um novo modelo de compreensão da relação terapêutica, o psicanalista Greenson (1967) a descreveu como tripartida em: *aliança terapêutica*, *transferência*, e *relação real*. A aliança terapêutica seria a habilidade de o paciente e o terapeuta trabalharem juntos; a transferência, a repetição de conflitos anteriores com outros significativos; e a relação real, as

mútuas respostas do paciente e do terapeuta de percepções não distorcidas e sentimentos autênticos de gostar, respeitar e confiar um no outro. Apesar de a transferência contribuir para a aliança, o cerne desta última seria a relação real. Quanto mais forte e positiva a relação real, mais robusta a aliança. Desta forma, a racionalidade e a objetividade seriam importantes em terapia.

A ênfase na aliança poderia implicar em racionalidade e objetividade ao longo do tratamento o que foi criticado por psicanalistas ortodoxos (Safran & Muran, 2000). Para eles, a prática levaria à supervalorização da razão, em detrimento do inconsciente, correndo-se o risco de o terapeuta negligenciar aspectos transferenciais, tomando-os como reais e deixando de explorá-los em profundidade. Também poderia promover uma conformidade do paciente com o desejo do próprio analista. Contudo, psicanalistas não ortodoxos entenderam de outro modo, não valorizando a divisão entre aliança e transferência por não adotarem a regra de neutralidade e abstinência que os distanciaria do envolvimento com os pacientes. São exemplos analistas interpessoais como Sullivan e Thompson, e o psicanalista marxista Erich Fromm (Safran & Muran, 2000). Nesta mesma linha, Brenner (1979) argumentava que a distinção entre aliança e transferência não faria sentido, já que todos os aspectos da relação do paciente com o terapeuta eram determinados por experiências passadas.

No estudo seminal de Gelso e Carter (1985) sobre os componentes e antecedentes teóricos da relação psicoterápica, os autores reconheceram a transferência, como fenômeno universal, presente em todas as relações terapêuticas. Como esperado, os autores ressaltam que a aliança terapêutica e a transferência estariam alinhadas com o pensamento psicanalítico. No entanto, a novidade é a referência à relação real apontada por Greenson (1967), caracterizada pela espontaneidade, autenticidade e assertividade. Por outro lado, também indicam que há tratamentos que não consideram a relação real como algo central ao processo. Assim, a diversidade ainda é grande entre as distintas modalidades psicoterápicas.

Gelso e Carter (1985) continuam suas considerações sobre a relação terapêutica, ressaltando variações na tradição psicanalítica. Nesta direção, destacam a tradição dos psicanalistas não ortodoxos que abandonaram a definição freudiana de transferência como revivência de conflitos edípicos, interpretando-a como a repetição de conflitos progressos. A transferência seria a manifestação de experiências anteriores que suscitaram reações apropriadas no passado – servindo para proteger a autoestima da criança e para tornar situações dolorosas suportáveis – mas que continuaram, embora não houvesse razão, pois a realidade era outra. Esse processo de distorção deveria ser explorado em terapia por trazer prejuízos à pessoa. Em contrapartida à transferência, havia a contratransferência do analista, que também conteria distorções.

A relação real, por sua vez (Gelso & Carter, 1985) assemelhar-se-ia à relação estabelecida nas psicoterapias humanistas. As percepções e interpretações mútuas do paciente e do terapeuta seriam apropriadas e realistas e seus sentimentos e comportamentos genuínos. Nesta perspectiva, o desafio do psicoterapeuta era alcançar a genuinidade ou autenticidade, posta como base real de referência ao paciente (cliente para os humanistas) e recurso seguro para o mergulho na intimidade e afirmação da confiança no autocrescimento.

Gelso e Carter (1985) concluem assinalando que transferência, aliança e relação real estariam presentes em todas as relações terapêuticas, sendo que cada abordagem teria como foco um ou outro desses componentes, explorando-os a sua maneira. A psicanálise, por exemplo, teria como centro a transferência, as terapias humanistas a relação real, e as terapias cognitivas a aliança terapêutica. Dentre os três elementos, a transferência é o mais difícil de estudar empiricamente, ao passo que a aliança, por sua operacionalidade, é a que mais se presta a investigações.

Na verdade, Bordin (1979) já havia alertado que o conceito psicanalítico de aliança terapêutica ultrapassava o campo da psicanálise, estando presente nas mais distintas e diversas terapias, sendo a sua força e não os seus tipos a condição determinante. A mudança seria,

genericamente, a aliança entre uma pessoa que a busca e alguém que se oferece como agente catalisador. Embora Bordin tenha desenvolvido o conceito no campo terapêutico, reconheceu que essa aliança se daria em outras esferas além da psicoterapia, como entre professor e aluno, líder e grupo, pai e filho. No caso da psicoterapia, a aliança envolveria três partes. A primeira seriam os objetivos do tratamento, frutos de uma negociação entre paciente e terapeuta, e variando conforme a modalidade terapêutica. A segunda seriam as tarefas realizadas pelo paciente em colaboração com o terapeuta, conforme as disposições do tratamento. Aí estariam incluídas trocas concretas, como o pagamento do serviço e trocas não concretas e até mesmo ambíguas, como manifestação ativa e passiva, compreensão empática, modos de comunicação e ênfase na autoexploração. A terceira seria o vínculo emocional que se estabelece entre terapeuta e paciente na consecução dos objetivos da terapia, que poderia ser de diferentes tipos como o que se desenvolve quando um terapeuta dá ao paciente um formulário para preencher diariamente com informações acerca de seu comportamento, ou o que se estabelece quando um terapeuta compartilha seus sentimentos para promover um *feedback* empático; diferentes vínculos não seriam necessariamente mais fortes um do que o outro. A abrangente conceituação de Bordin (1979) circunscreveu, no contexto da relação terapêutica, as especificidades da aliança, servindo de referência à preparação de escalas, como veremos a seguir.

Do conceito de relação às medidas de aliança

O interesse em prover apoio empírico às implicações das variadas configurações presentes na aliança terapêutica levou à construção de escalas que mesmo atendo-se a construtos subjacentes mantiveram certa equivalência, como indicado pelos níveis de confiabilidade e consistência (Martin, Garske & Davis, 2000). A convergência das escalas sobre aliança permitiu, assim, a investigação de um mesmo fenômeno por diferentes medidas. Esses estudos valeram-se de metanálise, técnica empregada para se obter uma estatística

sumária, o *tamanho do efeito*, que quantifica os efeitos cumulativos apresentados nos estudos revisados, isto é, calcula a magnitude da diferença entre condições ou o poder de um relacionamento. O estudo recente de Horvath et al. (2011) é uma evidência surpreendente. Os pesquisadores realizaram metanálise de 201 estudos sobre a associação entre aliança terapêutica e resultados, encontrando mais de 30 diferentes medidas de aliança, sem contar suas versões reduzidas. Dois terços dos estudos utilizaram a *California Psychotherapy Alliance Scale* – CALPAS (Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson, 1987), o *Helping Alliance Questionnaire* – Haq (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1983), a *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* – VPPS (Hartley & Strupp, 1983) e o *Working Alliance Inventory* – WAI (Horvath & Greenberg, 1989). Dentre esses instrumentos, o WAI se destaca por derivar exclusivamente da conceituação de Bordin, medindo os três aspectos da aliança: objetivos, tarefas e vínculo. A confiabilidade e validade das escalas do WAI têm sido corroboradas por estudos (Martin et al. 2000), correlacionando-se com uma variedade de índice de resultados (Horvath & Greenberg, 1989). De qualquer modo, a associação entre aliança e efetividade não está mais restrita à compreensão tácita do terapeuta, mas evidenciada em estudos empíricos. A seguir, vamos percorrer vários estudos que buscaram demonstrar o impacto da aliança na efetividade, destacando que a primeira fase de investigações em aliança demarcou sua importância e a segunda tem focalizado em preditores de sua qualidade. É para esses estudos que a nossa atenção se deslocará a seguir.

Uma aliança forte é caracterizada por um alto grau de relação colaborativa entre terapeuta e paciente e por um bom vínculo afetivo entre ambos, com confiança e respeito mútuos, sentimento de gostar e se preocupar um com o outro. Também inclui consenso sobre os objetivos do tratamento e meios para alcançá-lo, com o compromisso ativo e responsabilidade por parte do paciente, e sentimento de que o terapeuta envolve-se da mesma forma (Horvath & Bedi, 2002).

Stiles et al. (2004) observaram em 79 pacientes que os perfis de desenvolvimento de aliança terapêutica foram classificados em quatro *clusters*: 1) crescimento linear; 2) crescimento estável; 3) crescimento rápido e estabilização; e 4) decréscimo e grande variação de sessão para sessão. Aproximadamente três quartos dos pacientes foram classificados nos dois primeiros *clusters*. Uma metanálise de Horvath e Symonds (1991) de 24 estudos sobre aliança terapêutica mostrou que a qualidade da aliança, entre a primeira e a quinta sessão, tende a prever os resultados do tratamento. Horvath (2001) informou que medidas de aliança em estágios iniciais podem, inclusive, indicar o término prematuro do tratamento. Uma forte aliança inicial tenderia a se associar com um mais baixo índice de abandono de terapia. Em contraste, uma aliança inicial acima do esperado tem sido associada ao término prematuro e resultados pobres, provavelmente, devido a expectativas irrealistas do paciente. A qualidade da aliança e as expectativas em um nível mais moderado parecem reduzir o índice de abandono de tratamento e serem mais preditoras de bons resultados. Resultados similares foram encontrados por Marcolino e Iacoponi (2003), tendo níveis mais altos na aliança no início do tratamento associado-se a um maior grau de remissão dos sintomas depressivos.

Esses achados foram corroborados por Sharf, Primavera e Diener (2010), em uma metanálise de 11 estudos sobre a associação entre abandono de terapia e aliança terapêutica. Os dados indicaram que pacientes com uma aliança mais fraca tendem a abandonar o tratamento. Em contraste, Strunk, Brotman e DeRubeis (2010) não encontraram associação entre aliança terapêutica nas primeiras sessões e mudança nos sintomas, mas sim com os resultados no final do tratamento. Os autores sugeriram que a aliança tende a aumentar após melhora nos sintomas.

Martin et al. (2000) observaram em uma metanálise de 79 estudos a associação entre aliança e resultados, o que corroborou a hipótese de que a aliança pode ser terapêutica por si mesma. Isso quer dizer que quando terapeuta e paciente estabelecem uma aliança adequada, este último tende a experienciar a relação como terapêutica, independentemente do tipo de

intervenção. Para os autores, a força da aliança seria preditora de resultados, não importando o mecanismo subjacente.

Características pessoais do paciente e do terapeuta interferem na qualidade da aliança. Hersoug, Høglend, Havik e Monsen (2010) ressaltaram que características dos pacientes estão relacionadas à aliança, com impactos positivos ou negativos. Smith-Hansen et al. (2011) apontaram a associação entre qualidade da aliança e características relativamente estáveis do paciente (e.g. uma mente psicológica, defensividade, perfeccionismo, estilo de apego, estilo interpessoal e competências sociais) e do terapeuta (e.g. experiência clínica, calor, congruência, estilo interpessoal), bem como comportamentos do terapeuta (e.g. comunicação de empatia, demonstração de respeito, trabalho colaborativo, exploração de temas interpessoais). Neste sentido, as conclusões de Smith-Hansen e colegas contrariaram estudos anteriores como Magalhães (2006) que não havia encontrado relação entre estilos defensivos e qualidade da aliança. Já a afinidade de personalidade entre paciente e terapeuta mostrou-se associada ao vínculo, em estudo conduzido por Taber, Leibert e Agaskar (2011), mas não a objetivos e tarefas da aliança, nem a resultados. Em investigação realizada por Jardim e Gomes (2009), as características de personalidade de paciente e terapeuta descritas como complementares por ambos convergiram com boa pontuação na aliança terapêutica.

Convergências na percepção de terapeutas e pacientes sobre a aliança é preditora de resultados positivos. Marmarosh e Kivlighan Jr. (2012) encontraram em 36 díades de terapeutas e pacientes uma associação entre congruência na percepção de uma aliança forte no WAI e mudança nos sintomas. Quando terapeuta e paciente perceberam uma aliança forte já no início do tratamento, houve uma maior redução dos sintomas. Tryon e Winograd (2011) realizaram uma metanálise de 15 estudos e encontraram associação do componente *objetivos* da aliança com resultados. Quando o paciente e o terapeuta concordam com os objetivos do tratamento e com o processo para alcançá-los, os resultados tendem a ser melhores. Em outra

metanálise de 19 estudos os autores mostraram que quando paciente e terapeuta estabelecem uma relação cooperativa também os resultados tendem a ser melhores.

Deste modo, a convergência na percepção de terapeuta e paciente de uma aliança forte indicaria que ambos sabem quais os objetivos do tratamento, entendem o que deve ser feito para alcançá-los e sentem-se vinculados um ao outro (Marmarosh & Kivlighan Jr., 2012). Por outro lado, a divergência na percepção de terapeuta e paciente quanto à força da aliança teria consequências negativas ao processo terapêutico. Seria difícil remediar essa discrepância, porque terapeuta e paciente não entenderiam da mesma forma o que está acontecendo na relação. Um poderia estar se sentindo bem com o outro, mas o contrário não ser verdade. A divergência na aliança seria mais facilmente sanada quando o terapeuta e não o paciente percebesse algo estranho na relação, sendo hábil na introdução do ocorrido na terapia.

Contudo, a percepção sobre a natureza e a força da aliança varia entre pacientes e terapeutas (Bedi, Davis & Williams, 2005). Embora o julgamento dos pacientes sobre a aliança tenda a ser mais preditor de resultados do que o dos terapeutas, há controvérsias. Marmarosh e Kivlighan Jr. (2012) utilizaram o WAI-S em 36 díades de terapeutas e pacientes na terceira sessão de aconselhamento psicoterápico e encontraram resultados semelhantes quando o terapeuta pontuou mais na escala de aliança do que o paciente e vice-versa. Uma das explicações para esse fenômeno seria a de que a incongruência na aliança no início do tratamento não impediria que rupturas fossem reparadas no decorrer do processo. Outra possibilidade seria a de que a divergência na percepção da aliança não significa, necessariamente, uma ruptura no tratamento, um problema a ser tratado em terapia.

Os fatos até aqui anotados em pesquisa indicam que pacientes tendem a pontuar menos do que os terapeutas em instrumentos de aliança terapêutica (Tryon, Blackwell e Hammel, 2008). No entanto, a interpretação desse fenômeno ainda não é clara, mas levanta a questão de que terapeutas podem encontrar dificuldades de perceber com acuidade o que, de fato, ocorre na relação. Lambert e Shimokawa (2011) mostraram que os terapeutas tendem a

não perceber suas rejeições sutis e manifestas e a piora que ocasionam no paciente. Esses lapsos de empatia dos terapeutas são reconhecidos na literatura de reparação de vínculo na aliança (Safran et al., 2011).

Bedi et al. (2005) informaram que os pacientes, quando entrevistados, podem identificar tipos de aliança e variáveis da relação terapêutica pouco explorados pelos pesquisadores e não contemplados nas conceituações mais populares de aliança. A compreensão da aliança pelo paciente parece transcender as distinções frequentemente utilizadas entre técnicas terapêuticas, relações terapêuticas e atividades dos pacientes. Os pacientes raramente mencionam fatores como colaboração e mutualidade, tidos como centrais às teorias de aliança.

Essa instigante constatação fez com que Bedi et al. (2005) entrevistassem 40 pacientes, com a utilização da técnica do incidente crítico, solicitando que descrevessem comportamentos e verbalizações do terapeuta que julgaram ter contribuído para a aliança. Os resultados indicaram uma discrepância entre a forma como pacientes, terapeutas e pesquisadores veem a aliança. Muitos dos fatores cruciais percebidos pelos pacientes no estabelecimento da aliança foram tão simples e óbvios (como contato olho-no-olho, sorriso, calor, cumprimentos e despedidas pessoais, interpretações, identificação dos sentimentos do paciente, encorajamento do paciente, referência a material de consultas anteriores), que podem passar despercebidos pelos terapeutas quanto ao seu potencial impacto na aliança. Os participantes viram o terapeuta como responsável primário pelo estabelecimento da aliança. Muitos elementos percebidos pelos pacientes não são contemplados pela literatura sobre aliança, dentre eles, o impacto das características do terapeuta (como vestuário, idade, gênero, compleição física, etnia) e do ambiente terapêutico (como tamanho do consultório, iluminação, decoração, cores, tipo de livros no recinto). As intervenções do terapeuta foram percebidas como influenciando a aliança, o que não é geralmente esperado, porque sua atividade técnica é tipicamente ligada aos resultados e não ao estabelecimento da aliança.

Esse achado enfatiza que as técnicas não podem ser separadas do contexto da relação, como sugerido por alguns autores.

Curiosamente, um pequeno número de incidentes percebidos pelos pacientes como contribuindo para a aliança podem ser eticamente questionáveis (Bedi et al. 2005). Por exemplo, o terapeuta encontrar o paciente fora de consulta, o terapeuta sair do consultório junto com o paciente, o terapeuta abraçar o paciente, ou o terapeuta dar seu número particular de telefone. Esses dados indicam que os pacientes podem interpretar serviços extraordinários ou contato fora do consultório como contribuindo para a aliança, sem reconhecer que essas atitudes podem estar satisfazendo as necessidades do próprio terapeuta ou que esses comportamentos podem ser inapropriados.

Fatores culturais também exercem um papel importante na relação entre terapeutas e pacientes. Estudos sobre aliança em amostras de diferentes países têm apresentado resultados distintos. Marmarosh et al. (2009), por exemplo, encontraram na Itália que medidas da relação real fornecidas por terapeutas no início do tratamento associaram-se à mudança do paciente. Em contraste, Lo Coco, Gullo, Prestano e Gelso (2011) observaram o oposto nos EUA.

Estudos em aliança, transferência e relação real

A aliança tem sido investigada juntamente com a transferência e a relação real, buscando-se compreender associações possíveis entre esses três elementos. A transferência (a transposição do paciente ao terapeuta de objetos de afeto) assim como a contratransferência (a projeção de sentimentos conscientes ou não do terapeuta no paciente) têm sido estudadas para clarificar as propriedades e características da aliança (e.g. Grudtner, 2009; Oliveira, 2008). O mesmo ocorrendo com um estilo aberto e franco de relação descrita como real (Gullo, Lo Coco & Gelso, 2012). Destacam-se nas pesquisas, apreciadas a seguir, a desenvoltura com que se desembaraçaram das amarras teóricas, para especificar como esses componentes operam em conjunto nas várias modalidades de relação terapêutica.

Høglend et al. (2011) estudaram 100 pacientes com depressão, ansiedade e transtornos de personalidade que realizaram durante um ano sessões semanais de tratamento psicanalítico. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: um grupo recebeu psicoterapia com interpretação da transferência e o outro, sem a interpretação da transferência. Foram utilizados o *Quality of Object Relations*, o WAI e o *Psychodynamic Functioning Scales*. Os resultados mostraram que a aliança teve um impacto diferente no efeito da interpretação da transferência, dependendo do índice de qualidade das relações objetais. O impacto da interpretação da transferência no funcionamento psicodinâmico foi mais positivo no contexto de uma aliança fraca para pacientes com uma baixa qualidade das relações objetais. Para pacientes com relações objetais mais maduras e aliança forte, os autores observaram um efeito negativo no trabalho transferencial. Nesse mesmo sentido, Johansson et al. (2010) acompanharam por um ano o tratamento de pacientes com transtorno de personalidade e baixa qualidade de relações objetais, submetidos a duas condições: um grupo recebeu terapia psicodinâmica com interpretação da transferência e o outro sem interpretação da transferência. Os terapeutas eram os mesmos em ambos os grupos. O primeiro grupo obteve resultados melhores no tratamento, o que sugere que a interpretação da transferência pode ser benéfica para pacientes com transtorno de personalidade e baixa qualidade de relações objetais.

Esses estudos apresentaram resultados semelhantes aos do projeto *Menninger* (Horwitz, 1974), em que durante 20 anos foram investigados em 42 pacientes os efeitos obtidos em diferentes tratamentos psicanalíticos, sendo examinados antes e após as intervenções. Observou-se que pacientes com um ego fraco, como *borderlines*, obtiveram resultados melhores a partir de tratamentos que deliberadamente focaram na transferência, especialmente na transferência negativa, que impede o desenvolvimento de uma relação adequada. Estes tratamentos produziram efeitos melhores do que as psicoterapias de apoio. A associação entre padrão transferencial e percepção da aliança terapêutica pelo paciente tem sido consistente na literatura através dos anos. Ferreira (2006) utilizou a escala de

transferência *Relationship Patterns Questionnaire* e a escala de aliança HAq-II em 63 pacientes para verificar a associação entre padrão transferencial e aliança terapêutica percebida pelo paciente. Os resultados indicaram que escores altos em submissão à mãe e ao pai relacionaram-se com uma aliança forte, ao passo que escores altos em ataque à mãe e ao pai, com uma aliança fraca. A autora sugere que a aliança seja compreendida em sua complexidade, o que inclui fantasias inconscientes, e não somente como a parte estável e positiva da relação.

Quanto à relação real, Marmarosh et al. (2009) utilizaram a escala de relação real *Real Relationship Inventory* – RRI (Gelso et al., 2005) e o WAI-S em 31 díades de pacientes e terapeutas e encontraram associação positiva com aliança. A relação real relacionou-se inversamente com a transferência negativa pontuada pelos terapeutas no *Transference and Insight Questions*. E ainda, a relação real percebida pelos pacientes relacionou-se negativamente com seu apego evitativo no *Close Relationships Short Form Scale*.

Gullo et al. (2012) investigaram o impacto da relação real na aliança terapêutica e nos resultados de 18 pacientes que realizaram 11 sessões ou mais de terapia psicodinâmica em contraste com 32 pacientes que abandonaram o tratamento antes da sexta sessão. Utilizando o RRI, o WAI-S e o *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45), os autores observaram uma associação entre os escores no RRI (terapeutas e pacientes) e resultados no grupo que permaneceu por mais tempo em terapia. Não foram encontradas diferenças significativas na predição de resultados quando a relação real e a aliança foram medidas no início ou mais adiante no tratamento.

Lo Coco et al. (2011) observaram uma associação entre os componentes *genuinidade* do RRI, *vínculo* do WAI-S e resultados, em 50 pacientes que receberam psicoterapia psicodinâmica. A relação real e o vínculo do WAI-S voltam-se ao aspecto pessoal da relação e parecem sobrepor-se, em certa medida. O fato de terem sido preditores de resultados sugere terem sido mais importantes no processo do que o trabalho colaborativo, um dos aspectos da

aliança. O estudo traz um interessante argumento empírico à reconhecida centralidade do vínculo em tratamentos psicodinâmicos. Para esses tratamentos, definir objetivos ou propor tarefas é pouco relevante ou mesmo desnecessário.

Aliança e apego

Pesquisas sobre a aliança terapêutica têm ido além das esperadas associações com transferência e relação real. Convergências entre qualidade da aliança e estilos de apego, um construto da psicologia do desenvolvimento, foram encontradas por Diener e Monroe (2011) em metanálise de 17 estudos. O apego seguro está associado à aliança forte, ao passo que o apego inseguro, à aliança fraca. Esses achados podem ter relevantes implicações clínicas, possibilitando intervenções que levem em consideração os estilos de apego.

Byrd, Patterson e Turchik (2010) indicaram que medidas dimensionais de apego, como conforto com a proximidade do outro e em depender dele, tendem a predizer aliança. A qualidade e a força da aliança dependeriam, em grande medida, da capacidade de o paciente sentir e tolerar um senso de proximidade com o terapeuta e confiar nele. Em estudo com 66 pacientes que preencheram o *Adult Attachment Scale–revised*, o WAI-S e o OQ-45, os autores observaram que padrões de apego foram preditores de qualidade e força da aliança. Os resultados indicaram que aquele paciente que se sente confortável com a proximidade do terapeuta tende a apresentar redução nos sintomas durante a terapia. Esse efeito parece ser parcialmente mediado pela aliança, a qual, por sua vez, promoveria mudança. A capacidade, então, de formar vínculos emocionais determinaria alguns aspectos da relação terapêutica que facilitariam resultados positivos. Na visão dos autores, se estes achados forem corroborados, os terapeutas estarão mais aptos a escolher intervenções efetivas a partir do padrão de apego do paciente. Por exemplo, se um paciente não se sente confortável com a proximidade, o terapeuta, prevendo uma aliança relativamente empobrecida, evitaria intervenções como

aquelas orientadas para o *insight* ou das psicoterapias das relações objetais, que se baseiam fortemente na aliança.

Considerações finais

A importância da relação terapêutica para a psicoterapia tem aberto um amplo e diversificado campo de investigação na área. Há grande interesse em discriminar melhor seus componentes e como operam isoladamente ou em conjunto para os resultados. Neste sentido, a identificação das variáveis que interferem na relação terapêutica é de grande valia, por indicar suas influências múltiplas, combinadas e opostas, e, acima de tudo, o modo como afetam o tratamento. Sabe-se hoje que a relação não se limita à compreensão tácita do terapeuta em relação ao momento vivido no tratamento, à lembrança do que foi a sessão, ou à impressão de como está indo aquele determinado caso. A relação tornou-se objeto de estudos controlados e comparados com outros estudos, dispondo, para seu esclarecimento, de um corpo organizado e especializado de informação referencial. A vasta compilação de achados sobre relação terapêutica têm relevantes implicações clínicas, sendo fundamental sua disseminação entre profissionais da área, para uma prática apropriada e efetiva.

A aliança é parte ativa e central das intervenções do terapeuta (Horvath et al., 2011). O desenvolvimento de uma boa aliança no início do tratamento é vital para seu sucesso, evitando abandono de terapia. Para estabelecer a aliança nos estágios iniciais do tratamento é importante adaptar a terapia às necessidades, expectativas e capacidades do paciente. Apesar disso, flutuações na força da aliança dentro das sessões ou entre elas são esperadas e, quando resolvidas, associadas a bons resultados. Essas oscilações podem ocorrer em resposta a uma variedade de fatores, como desafiar o paciente a lidar com assuntos difíceis, como incompreensões com relação a si mesmo e a outros, ou confusões de papéis na relação com o terapeuta. As repostas não defensivas do terapeuta a atitudes negativas e hostis do paciente são cruciais à manutenção de uma boa aliança. É recomendável, no tratamento, monitorar a

forma como o paciente percebe a aliança, sendo as contribuições do terapeuta essenciais para afirmação da aliança.

O desenvolvimento da aliança é uma habilidade ou capacidade que pode ser treinada, da mesma forma que são treinados outros aspectos da terapia. Tanto é que a força tarefa da *Division of Psychotherapy* da APA recomendou, a partir de estudos comparativos rigorosos (Norcross & Wampold, 2011), atenção aos seguintes aspectos: 1) a criação e cultivo da relação terapêutica como o principal objetivo no tratamento; 2) a adaptação da psicoterapia às características do paciente; 3) o monitoramento das respostas do paciente à relação terapêutica e ao tratamento, o que permite restabelecer a colaboração, melhorar a relação, modificar as estratégias e evitar o término prematuro. Por outro lado, a APA não recomenda aos terapeutas: 1) confrontações; 2) comentários e comportamentos hostis, pejorativos, bem como rejeição e culpabilização do paciente; 3) supor ou intuir as percepções do paciente sobre a relação e o tratamento como positivas; ao contrário, a indagação acerca das percepções do paciente melhora a aliança e evita o término prematuro (além de a percepção do paciente se mostrar melhor preditora de resultados do que a do terapeuta); e 4) rigidez excessiva na estruturação do tratamento, que pode impedir a empatia. Nota-se ainda um grande esforço em levar aos terapeutas formas recomendadas e apoiadas em evidências para se estabelecer uma boa aliança desde o início do tratamento. Neste sentido estão sendo utilizados materiais didáticos audiovisuais (e.g. *“Counseling 101: Talking Together”* de Johansen, Lumley e Cano, 2011 e *“Resolving Therapeutic Impasses”* de Safran e Murrin, 2006) para auxiliar na formação continuada de terapeutas (Smith-Hansen et al., 2011).

O estado da arte, como descrito, acena tanto para um acompanhamento mais cuidadoso dos tratamentos psicológicos, quanto para uma visão mais integrada da prática psicoterápica. Contudo, no Brasil ainda são poucos os estudos sobre a aliança terapêutica. A maior parte das investigações têm sido conduzidas no exterior e é necessário examinarmos como os componentes da relação terapêutica se comportam no contexto brasileiro.

CAPÍTULO III

Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável?²

Online therapy: Viable or unviable?

Psicoterapia a través de Internet: ¿viable o inviable?

Maria Adélia Minghelli Pieta

William Barbosa Gomes

² Artigo aceito pela Revista Psicologia: Ciência e Profissão

Resumo

A psicoterapia pela Internet é uma prática que, no Brasil, só é permitida aos psicólogos na forma de pesquisa. O objetivo do presente artigo foi realizar uma revisão dos estudos em psicoterapia pela Internet, discorrendo sobre os recursos e limites desse atendimento psicológico e suas implicações para a relação terapêutica e efetividade do tratamento. São apresentadas questões legais e éticas concernentes à prática. Os resultados apontaram para similaridades entre a relação terapêutica *online* e a presencial, mostrando-se a psicoterapia pela Internet efetiva nas mais distintas modalidades, embora a maioria dos estudos seja sobre intervenções cognitivo-comportamentais. As questões legais e éticas podem ser parcialmente solucionadas com diretrizes claras das organizações profissionais e treino de terapeutas na modalidade *online*. Concluimos que a psicoterapia pela Internet, embora requeira maiores estudos, anuncia-se como uma prática viável e promissora.

Palavras-chave: psicoterapia – Internet – relação terapêutica - efetividade

Abstract

The practice of online therapy is only allowed to psychologists in Brazil for research. The aim of this paper was to review studies on online therapy, discussing the features and limits of this type of psychological treatment and its implications for the therapeutic relationship and treatment effectiveness. Legal and ethical issues concerning the practice are presented. The results pointed to similarities between the therapeutic relationship online and face-to-face, showing that online therapy is effective in its different modalities, although most studies are about cognitive-behavioral interventions. Legal and ethical issues can be partially solved with clear guidelines of professional organizations and training of therapists in online mode. We conclude that online therapy requires more study, but already presents itself as a viable and promising practice.

Keywords: online therapy – therapeutic relationship - effectiveness

Resumen

La psicoterapia a través de Internet en Brasil sólo está permitida a los psicólogos en la forma de investigación. El objetivo de este trabajo fue revisar los estudios de la psicoterapia a través de Internet, hablando de las características y los límites de este tratamiento psicológico y sus implicaciones para la relación terapéutica y la efectividad del tratamiento. Se muestran problemas legales y éticos relacionados con la práctica. Los resultados apuntaron a las similitudes entre la relación terapéutica online y cara a cara, mostrando que la psicoterapia a través de Internet es efectiva en sus más distintas modalidades, aunque la mayoría de los estudios se trata de intervenciones cognitivo-conductuales. Las cuestiones jurídicas y éticas pueden ser parcialmente resueltas con claras directrices de las organizaciones profesionales y formación de los terapeutas en la modalidad online. Concluimos que la psicoterapia a través de Internet, aunque requiere más estudio, se anuncia como una práctica viable y prometedora.

Palabras clave: psicoterapia – Internet – relación terapéutica - efectividad

A psicoterapia pela Internet é uma prática difundida no exterior e que tem apresentado resultados benéficos. No Brasil, essa modalidade terapêutica só é permitida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) na forma de pesquisa (Resolução CFP N°012/2005), o que pode ser interpretado como um incentivo ao seu estudo. O tema tem sido foco de eventos recentes como o “Seminário de Serviços Psicológicos Online” do CFP de 2011 e o “Seminário Psicologia Online São Paulo 2011” do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Essa mobilização deve-se à necessidade de se reavaliar o campo de atuação dos psicólogos frente às transformações da era digital. Em vista de tais considerações, o objetivo do presente artigo foi realizar uma revisão dos estudos empíricos de psicoterapia pela Internet, discorrendo sobre os recursos e limites desse atendimento psicológico e suas implicações para a relação terapêutica e efetividade do tratamento. Deste modo, a presente exposição está organizada em quatro partes. Na primeira discorre sobre o início e o desenvolvimento da psicoterapia pela Internet, com atenção à terminologia empregada e à distinção entre psicoterapia *online* e intervenções baseadas na Internet. A segunda volta-se para o núcleo central dos tratamentos psicológicos e quer saber o que se altera ou como se configura a relação terapêutica neste novo ambiente. A terceira apresenta e analisa evidências empíricas sobre a efetividade da psicoterapia pela Internet, em estudos quantitativos e qualitativos recentes. Por fim, examina as questões legais e éticas concernentes ao assunto. Esperamos elucidar alguns aspectos referentes à prática e agregar novos elementos ao debate que se estabelece sobre o tema.

Atendimento psicoterápico pela Internet: história, conceituação e prática

Apesar de o atendimento psicoterápico por telefone ser uma prática que remonta à década de 1950 (Godleski, Nieves, Darkins & Lehmann, 2008; Scharff, 2012), a psicoterapia pela Internet, em seu início, há mais de uma década, recebeu grande oposição. Acreditava-se que a relação terapêutica ficaria comprometida por um empobrecimento da comunicação não verbal, elemento considerado essencial à interação entre terapeuta e paciente. Preocupações

éticas acerca da confidencialidade, identidade de pacientes e terapeutas, papéis desempenhados na rede e manejo de situações de emergência tomavam grande relevância. Questões legais referentes à jurisdição e ao regulamento da prática também inquietavam, bem como considerações sobre a necessidade de treino de terapeutas na nova modalidade psicoterápica (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008).

No entanto, as apreensões diminuíram diante do alcance oferecido pela nova mídia e das tentativas pioneiras bem sucedidas (Proudfoot et al. 2011). Por conseguinte, um maior número de profissionais passou a realizar psicoterapia *online*, tecnologias avançadas facilitaram a prática, códigos de ética foram ajustados, e cursos de formação começaram a ser oferecidos. Por outro lado, pacientes se mostraram receptivos a essa nova forma de intervenção terapêutica. Muitas das perguntas acerca de se a terapia *online* era efetiva, se era tão efetiva quanto a terapia tradicional e de que forma diferentes métodos e variáveis associados à terapia pela Internet afetavam sua efetividade foram sendo respondidas por pesquisadores (Barak et al., 2008). Atualmente, há evidências a favor da terapia *online* nos países em que é praticada, como Austrália, Estados Unidos e Reino Unido. Pesquisas têm mostrado que a psicoterapia pela Internet é efetiva, amplia o acesso à terapia e diminui seus custos (Proudfoot et al. 2011). Resultados positivos têm sido encontrados na utilização de terapias baseadas na Internet para o tratamento da depressão (Kessler et al., 2009), ansiedade (Cuijpers et al., 2009), fobia (Titov et al., 2011), transtorno do pânico (Bergström et al., 2010), estresse pós-traumático (Klein et al., 2010), e transtornos alimentares (Carrad et al., 2011). Estudos recentes mostram que a terapia *online* também pode ser promissora no tratamento das adições e jogo patológico (Gainsbury & Blaszczynski, 2011), da psicose (Sharp, Kobak & Osman, 2011), de refugiados e imigrantes (Mucic, 2010), de depressão em pacientes terminais (Cluver, Schuyler, Frueh, Brescia & Arana, 2005) e de deficientes auditivos (Moore, Guthmann, Rogers, Frakeer & Embree, 2009). Não apenas adultos podem se beneficiar da psicoterapia pela Internet, mas também adolescentes e crianças (March,

Spence & Donovan, 2009; Spence et al., 2011). O anonimato pode auxiliar na busca de atendimento psicológico de pessoas introvertidas, com transtorno de ansiedade como agorafobia e fobia social, com problemas de imagem corporal (Leibert, Archer Jr., Munson & York, 2006), bem como adolescentes e usuários de substâncias (Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Hanley, 2009; King et al., 2006).

Apesar de oferecer diversas vantagens como disponibilidade, conveniência, acessibilidade, baixo custo, anonimato, privacidade e redução de estigma (Cartreine, Ahern & Locke, 2010), a psicoterapia pela Internet requer maiores estudos para uma melhor compreensão de seus efeitos. Até o presente, a maior parte das pesquisas na área têm sido conduzidas no exterior, sendo escassa a produção nacional. Investigações empíricas sobre essa modalidade terapêutica são praticamente inexistentes em nosso país, apesar do debate que se instaura acerca do tema.

Um problema encontrado por pesquisadores tem sido estabelecer diretrizes para as investigações em psicoterapia *online*. Há heterogeneidade nas pesquisas, na utilização de terminologias e definições, bem como são encontrados problemas metodológicos e de conclusões questionáveis de estudos (Proudfoot et al., 2011). A falta de consenso nas definições adotadas faz com que termos como *web-based therapy*, *e-therapy*, *cybertherapy*, *eHealth*, *e-Interventions*, *computer-mediated interventions* e *online counseling* sejam utilizados como sinônimos, quando designam práticas diferentes. Uma padronização da terminologia faz-se necessária para maior discriminação do campo (Barak, Klein e Proudfoot, 2009).

Há uma distinção clara entre psicoterapia *online* e intervenções baseadas na Internet. Psicoterapia pela Internet ou psicoterapia *online* referem-se, mais precisamente, às terapias realizadas pelo profissional por *e-mail*, *chat*, mensagem instantânea (MSN), áudio ou videoconferência, sem excluir a possibilidade de encontros presenciais. Intervenções baseadas na Internet, por sua vez, são programas computadorizados de terapia, com ou sem

participação de terapeuta, que incluem CDs, DVDs, CD-ROMS, realidade virtual, aplicativos de celulares, tarefas e *feedback online*. Esses programas são prescritos por profissionais de saúde ou são oferecidos em *websites*, com o objetivo de auxiliar no tratamento e prevenção de transtornos mentais e recaída. Buscam criar mudanças positivas e melhorar os conhecimentos em saúde mental por meio de material informativo, fóruns moderados e outros dispositivos da *web*. Um exemplo é uma intervenção que inclua textos e gráficos para transmitir informação, instruções de áudio para relaxamento progressivo, vídeo apresentando casos, suporte do terapeuta por *e-mail*, bem como envio automático de *e-mails* e/ou lembretes por SMS (Proudfoot et al., 2011).

Os programas computadorizados de terapia são excelentes paliativos para filas de espera (Proudfoot et al., 2011). Indivíduos que aguardam atendimento podem executá-los para aprender a lidar com sintomas depressivos ou de ansiedade até que recebam tratamento apropriado. Seu caráter preventivo faz parte de uma tendência de pesquisa e desenvolvimento que tem crescido muito na Austrália, a da saúde eletrônica preventiva (*preventive eHealth*).

Indivíduos que vivem em regiões remotas e não têm acesso a uma terapia também podem se beneficiar das intervenções baseadas na Internet. Um exemplo foi a oferta do programa *FearFighter* para pânico e fobia a habitantes de zonas rurais da Escócia. Os pacientes adquiriram senha para acessá-lo no posto de saúde e executaram-no de casa durante dez semanas, obtendo apoio de terapeuta por telefone se necessário. Uma vez por semana, um terapeuta ligava para os pacientes para conferir seu estado. Ao cabo do tratamento, os pacientes relataram sentir-se melhor do que antes (MacGregor, Hayward, Peck & Wilkes, 2009).

As intervenções baseadas na Internet podem ser adaptadas ao usuário, rastreando seu progresso e provendo *feedback*, ou padronizadas e oferecidas a grandes populações. Nos programas em que há interação com o terapeuta, esta se dá por *e-mail*, videoconferência, *chat*, MSN, telefone e mesmo encontros presenciais. Os programas que envolvem mínimo apoio do

terapeuta são chamados de autoajuda monitorada (*guided self-help*) e são suficientes para alguns pacientes que, ao cabo do processo, decidem não precisar de mais terapia (Macdonald, Mead, Bower, Richard & Lovell, 2007). As intervenções baseadas na Internet que não envolvem nenhuma interação com terapeuta, as terapias automonitoradas, são oferecidas de duas formas: programas que precisam de registro, triagem e senha para serem acessados (e.g. *Beating the Blues*) e programas acessados diretamente em *websites* (e.g. *MoodGym*). Alguns desses programas não exigem conhecimento prévio de Internet.

As terapias *online* e intervenções baseadas na Internet variam em seu sincronismo. Podem envolver comunicação sincrônica, isto é, imediata (e.g. *chat*) ou assincrônica, quer dizer, com algum atraso (e.g. *e-mail*), que pode ser curto (e.g. *e-mail* diário), ou longo (e.g. *e-mail* de resposta do terapeuta a cada três dias). Na psicoterapia *online* via *e-mail* o terapeuta deve combinar intervalos determinados de resposta para não suscitar ansiedade no paciente (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Nas intervenções baseadas na Internet, o sincronismo tanto pode ser predeterminado pelo programa, como adaptado às necessidades do paciente. Também o tempo de duração entre as sessões varia. Enquanto que alguns programas prescrevem sessões semanais ou diárias, outros não determinam número de sessões, permitindo acesso não estruturado por um determinado período de tempo. Há programas bastante variáveis, como, por exemplo, iniciando com uma alta frequência de sessões e diminuindo a frequência após um ponto crítico. Igualmente o *feedback* varia em termos de quantidade, frequência e rapidez de resposta. O *feedback* humano tende a ser mais adaptado às circunstâncias do paciente em comparação ao automático (Barak et al., 2009).

Uma das vantagens da utilização de tecnologias eletrônicas e digitais em tratamentos psicoterápicos é a de que o indivíduo pode acessá-las do ambiente em que se encontra e no momento que sente adequado. Esse dispositivo terapêutico é ecológico, pois se adequa às necessidades do sujeito. Além disso, as intervenções baseadas na Internet deslocam o foco da doença mental para o comportamento de buscar ajuda. O indivíduo passa a ser agente de sua

própria mudança (Miclea, Miclea, Ciuca & Budău, 2010); imprime seu ritmo ao tratamento e pode revisar o material terapêutico sempre que desejar (Proudfoot et al., 2011)

A relação terapêutica na psicoterapia pela Internet

Como se sabe, a relação terapêutica se caracteriza pelo padrão comunicativo que se estabelece entre terapeuta e paciente na expressão implícita ou explícita de sentimentos e atitudes entre um e outro (Gelso & Carter, 1985). Ela tem sido fortemente associada aos resultados do tratamento (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). É de se esperar que essa relação, na sua forma *online*, difira qualitativamente de sua versão presencial. No entanto, pesquisas têm apontado para semelhanças entre ambas. Escalas de medida da relação terapêutica utilizadas em intervenções psicoterápicas têm mostrado que as pontuações obtidas nas terapias *online* não diferem significativamente das encontradas nas tradicionais.

Cook e Doyle (2002) compararam a pontuação no *Working Alliance Inventory* (WAI) de 15 pacientes que receberam psicoterapia *online* via *e-mail*, *chat*, ou audioconferência com dados normativos de uma amostra representativa de terapia presencial de 25 pacientes. O grupo *online* apresentou maiores médias no escore composto e na subescala *objetivos* do WAI. Bouchard et al. (2004) observaram pontuação alta nas três subescalas do WAI, desde a primeira sessão, em 21 pacientes que receberam terapia cognitivo-comportamental para transtorno do pânico com agorafobia via videoconferência. Os autores não encontraram diferenças significativas quando os resultados foram comparados aos de um grupo de pacientes que recebeu a mesma terapia na modalidade presencial. Prado e Meyer (2006) utilizaram o WAI em 29 pacientes que realizaram psicoterapia pela Internet via *e-mail* e encontraram relação terapêutica semelhante à descrita na literatura sobre o instrumento. Reynolds, Styles e Grohol (2006) compararam a pontuação no *Agnew Relationship Measure* (ARM) de 17 pacientes que receberam terapia *online* via *e-mail* com dados da literatura acerca da terapia presencial. Os autores encontraram resultados semelhantes em ambos os

grupos, sendo que os terapeutas do grupo *online* apresentaram médias mais altas na subescala *confiança*. Germain, Marchand, Bouchard, Guay e Drouin (2010) compararam a pontuação no WAI de 17 pacientes que receberam terapia cognitivo-comportamental para estresse pós-traumático via videoconferência com 29 pacientes que receberam a mesma terapia na versão presencial e não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos. Preschl, Maercker e Wagner (2011) compararam a pontuação no WAI de 25 pacientes que realizaram terapia cognitivo-comportamental para depressão via videoconferência com 28 pacientes que realizaram a mesma terapia em versão presencial e também não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos.

Estudo comparativo (Day & Schneider, 2002) de três modalidades de terapia (face-a-face, videoconferência e audioconferência), com 80 pacientes, mostrou que os dois grupos *online* pontuaram mais na *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* na dimensão *participação do cliente* (nível de atividade, iniciativa, confiança, espontaneidade e desinibição) do que o grupo presencial. Uma interpretação possível para os resultados seria a de que os pacientes teriam se esforçado mais para se comunicar por meio da tecnologia digital, tomando para si a responsabilidade da interação. Também a distância poderia ter tornado o autodesvelamento mais seguro.

A sensibilidade experiencial de estudos qualitativos anotou oscilações comunicacionais que requerem atenção na relação terapêutica *online*. Tratamento por videoconferência apresentou maior dificuldade para terapeutas interpretarem a linguagem corporal dos pacientes, fazerem contato olho-no-olho e estabelecerem relação empática (Mitchell, Meyers, Swan-Kremeier e Wonderlich, 2003). Por sua vez, pacientes relataram que, ao se ajustar ao vídeo, a relação com o terapeuta diferiu das relações face-a-face, mas não necessariamente de modo pior ou melhor (Simpson, Bell, Knox & Mitchell, 2005). Em outro estudo (Himle et al., 2006) os pacientes relataram terem se acomodado rapidamente ao vídeo, sentindo-se na sala do terapeuta.

Resultados similares foram encontrados por Fletcher-Tomenius e Vossler (2009) em análise de entrevistas sobre terapia *online* via MSN. Quanto ao anonimato, os terapeutas experimentaram um alto nível de confiança e perceberam que seus pacientes desenvolveram-na mais rapidamente do que os da terapia presencial, acreditando que deram um “salto” de confiança por não terem tantas pistas para confiar no terapeuta. Também os terapeutas tiveram que acreditar em suas representações internas dos pacientes. Os pacientes mostraram-se mais desinibidos do que os da terapia presencial, expondo mais rapidamente seus problemas. As conclusões de Fletcher-Tomenius e Vossler (2009) sintetizam o estado da arte em psicoterapia *online por MSN*: 1) recomendada para pessoas que têm medo de estigma e dificuldade em falar de seus problemas, 2) proporciona relação simétrica com o paciente por não haver pistas raciais e étnicas, 3) oferece maior controle da situação ao paciente, e 4) alcança nível de confiabilidade interpessoal semelhante à terapia tradicional.

São necessários mais estudos para se avaliar e compreender a relação terapêutica nas diferentes formas de psicoterapia pela Internet. No entanto, a literatura vem crescendo neste sentido trazendo resultados convergentes, como mostram, por exemplo, os estudos de Hanley (2009) que entrevistou adolescentes que receberam atendimento psicoterápico via *e-mail* em um *site* de terapia do Reino Unido; e Jøraas, Rimehaug, Birkeland e Arefjord (2009) que entrevistaram três terapeutas que proveram *follow-up* terapêutico *online* via *e-mail* a três pacientes adolescentes que terminaram o atendimento presencial. Pode-se concluir que os estudos realizados até agora, apesar de indicarem diferenças e mesmo fraquezas em relação ao atendimento *online*, reconhecem o campo como promissor para o avanço do atendimento e a proteção à saúde mental.

Efetividade da psicoterapia pela Internet

Os resultados dos estudos dedicados à efetividade parecem promissores para os atendimentos *online*. Barak et al. (2008) realizaram uma metanálise com 9.764 pacientes com

diferentes transtornos, que receberam diversas formas de intervenção psicológica através da Internet, cuja efetividade era avaliada através de diferentes medidas. Os resultados obtidos foram similares aos encontrados na terapia tradicional, mesmo quando efeitos de interação como tipo de terapia *online* (se automonitorada ou provida por um profissional), tipo de medida de resultados, tempo de medida de resultados (pós-terapia ou *follow-up*), tipo de transtorno, abordagem terapêutica, e modalidade de comunicação. Os autores sugeriram a adoção de intervenções psicológicas *online* como uma modalidade terapêutica legítima. Também Miclea et al. (2010), em uma revisão da literatura, encontraram dados que sugerem que a psicoterapia mediada por computador tem efetividade comparável à das terapias presenciais.

Psicoterapias de diferentes abordagens vêm sendo praticadas *online*, como psicodinâmica, narrativa, cognitivo-comportamental, comportamental e terapia centrada no cliente. Todavia, não se sabe como essas abordagens são utilizadas ou modificadas no ambiente virtual (Finn & Barak, 2010). A maior parte dos estudos investiga a efetividade de terapias cognitivo-comportamentais (TCC) *online*. Elas têm se mostrado efetivas no tratamento de depressão, ansiedade, transtorno do pânico, fobia, e estresse pós-traumático (Cartreine et al., 2010).

Estudos que comparam TCCs *online* com TCCs presenciais mostram que a modalidade *online* pode ter resultados semelhantes aos da presencial. Um exemplo é a metanálise de Cuijpers, Donker, van Straten e Andersson (2010) em que compararam resultados de TCCs *online* com os de TCCs presenciais, não encontrando diferenças significativas entre ambos. Também quando TCCs individuais *online* são comparadas com TCCs de grupo presenciais podem apresentar resultados semelhantes (Bergstrom et al., 2010; Hedman et al., 2011). E ainda TCCs de grupo *online* e TCCs de grupo presenciais podem apresentar resultados similares (Greene et al., 2010; Morland, Heynes, Mackintosh, Resik & Chard, 2011). Igualmente, TCCs *online* comparadas com outras terapias presenciais podem

apresentar resultados superiores, como no estudo de Kessler et al. (2009). Os autores observaram que uma intervenção de TCC *online* padronizada e praticada por terapeutas treinados apresentou resultados melhores para tratar depressão do que as terapias presenciais oferecidas em postos de saúde do Reino Unido.

TCCs *online* podem se mostrar mais efetivas quando comparadas a outras psicoterapias pela Internet. Litz, Engel, Bryant e Papa (2007) estudaram a TCC para estresse pós-traumático automonitorada *online*, comparando-a com a psicoterapia de apoio *online* e encontraram resultados melhores na primeira. Os terapeutas do grupo experimental, treinados de forma padronizada, encontravam com os pacientes e planejavam o tratamento adequado. Após, os pacientes seguiam sozinhos tratamento computadorizado. Os resultados são favoráveis à ampliação da oferta dessa psicoterapia para a população que sofre de estresse pós-traumático nos Estados Unidos e o *Department of Veteran Affairs* tem incentivado pesquisas no campo (Gros, Yoder, Tuerk, Lozano & Acierno, 2011).

Atendimento via videoconferência (Skype) tem sido realizado por psicanalistas estrangeiros com mais de 70 chineses em formação na *China American Psychoanalytic Alliance* (Fishkin, Fishkin, Leli, Katz & Snyder, 2011). A prática tem sido percebida pelos analistas como promissora. Segundo um deles, os parâmetros não diferem significativamente dos do *setting* tradicional. Alterações do processo devem-se não à utilização do Skype, que considera neutro ao fenômeno, mas a variações de vocabulário, língua, educação, fatores micro e macroculturais. Apesar desta afirmação, carecem pesquisas identificando como o uso do Skype pode influenciar a efetividade de tratamentos com orientação psicanalítica.

A descrição de como o processo psicanalítico corre em atendimento *online* oferecido por Fishkin et al. (2011) merece destaque. Os analistas prestam atenção ao ritmo da fala do paciente, à espontaneidade ou às interrupções, e às qualidades tonais. Identificam a contratransferência escutando seus próprios sentimentos, pensamentos e fantasias, como na análise tradicional. Há, todavia, aspectos novos no tratamento virtual, principalmente, as

muitas pistas para a desconcentração de terapeuta ou paciente. Por exemplo, o atendimento pode ocorrer por laptop, num parque ou em um shopping ou o terapeuta pode se distrair com as muitas mensagens que passam pela tela do computador.

Estudos indicam que o grau de envolvimento com o terapeuta relaciona-se com os resultados das intervenções *online*. Diferentes graus de interação entre terapeuta e paciente são previstos nas mais diversas formas de psicoterapia pela Internet e busca-se conhecer melhor seus efeitos. Preschl et al. (2011) revisaram estudos que compararam resultados de diferentes terapias baseadas na Internet para depressão. Os autores concluíram que um mínimo de contato com o terapeuta é necessário para reduzir abandono de terapia e aliviar os sintomas. As terapias *online* automonitoradas apresentaram maior índice de abandono e efeitos reduzidos em comparação com as que envolveram interação com o terapeuta. Andersson e Cuijpers (2009) realizaram uma metanálise de intervenções baseadas na Internet para depressão e encontraram uma forte influência do apoio do terapeuta nos resultados. Seria suficiente o terapeuta dispendir 100 minutos por paciente em programas de dez semanas, comentando as tarefas realizadas e provendo *feedback* (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers 2009). Aumentar o contato com o terapeuta além do necessário parece não influenciar os ganhos terapêuticos (Vernmark et al., 2010).

Berger et al. (2011) contrariaram achados de que o grau de interação com o terapeuta influi nos resultados. Em ensaio clínico randomizado com 81 pacientes com fobia social, os autores observaram resultados semelhantes em três modalidades de terapia cognitivo-comportamental *online*: 1) terapia automonitorada; 2) terapia com auxílio de um terapeuta via *e-mail* uma vez por semana; e 3) terapia com apoio de um terapeuta por *e-mail* ou telefone na frequência que o paciente necessitou. Klein et al. (2009) também encontraram resultados similares quando 57 pacientes foram divididos em duas intervenções baseadas na Internet para transtorno do pânico que diferiram apenas na frequência de apoio do terapeuta: se de três *e-mails* por semana ou de um *e-mail* por semana. Titov (2011), nesse mesmo sentido, sugeriu

que tratamentos baseados na Internet altamente estruturados com pouca interação com o terapeuta podem atingir excelentes resultados.

Apesar do crescente interesse na influência do apoio do terapeuta nas intervenções baseadas na Internet, há pouca pesquisa sobre os fatores de processo e preditores de resultados nestes tratamentos. Não se sabe se os fatores e processos terapêuticos responsáveis pela redução de sintomas na terapia tradicional operam da mesma forma nestes programas computadorizados (Preschl et al., 2011).

Questões legais e éticas da psicoterapia pela Internet

Para Finn e Barak (2010), a psicoterapia pela Internet deve seguir as mesmas normas do código de ética profissional para atendimento face-a-face, como confidencialidade, disponibilidade em caso de emergência, intervenção em situações em que o paciente apresenta risco a si próprio ou a outros, delação de abuso de menor e cumprimento da legislação local quanto à licença para atuar. Nos EUA, por exemplo, há decisões judiciais que entendem que as normas que incidem são as da localidade do paciente e alguns estados impedem que seus cidadãos contratem serviços de terapeutas sem licença local.

Na psicoterapia *online* existem apreensões quanto à capacidade de os pacientes proverem sua real identidade, quanto à falta de segurança da Internet na privacidade e confidencialidade, quanto à fragilidade de se depender da tecnologia eletrônica e quanto à assistência em casos de emergência. Também causa preocupação a dificuldade de, na Internet, os terapeutas comunicarem mensagens precisas, manifestarem sentimentos, lidarem com diferenças culturais e resolverem pagamento de serviços. Barnett (2011) considera que o profissional deve informar o paciente dos riscos e limites da terapia pela Internet e dos requisitos tecnológicos necessários para a participação *online*. Deve combinar como serão solucionadas falhas na comunicação eletrônica (se imediatamente contatará o paciente por telefone) e como será o manejo em casos de emergência, incluindo acordo sobre recursos na

área do paciente que poderão ser acionados. Também deve ser especificado como e de que forma (se via *e-mail*, ou mensagem texto no celular, ou telefone, etc.) será o acesso ao terapeuta entre as sessões, para que o paciente não tenha expectativas irreais quanto a sua disponibilidade. Igualmente deve ser informado ao paciente que tipo de contato incidental é cobrado. A competência do terapeuta na tecnologia utilizada é fundamental, conforme o Código de Ética da *American Psychological Association*, incluindo treino e supervisão. Ela habilita o profissional a lidar com dificuldades e falhas na tecnologia, bem como prover instruções ao paciente para seu uso apropriado. Para minimizar riscos, as organizações dos profissionais que praticam terapia *online* desenvolveram diretrizes. Não se sabe, todavia, em que medida são seguidas. Yazvac (2010) observou que *sites* de terapeutas nos Estados Unidos mostram pouco comprometimento ético. Apesar disso, a busca de serviços em *sites* de terapia tem crescido de forma consistente, mesmo que não sigam diretrizes profissionais e provejam informação limitada sobre sua política e procedimentos.

Finn e Barak (2010) observaram em uma *survey* na Internet com 93 terapeutas *online* que menos da metade considerou que sua organização profissional tinha diretrizes claras sobre a prática. A maior parte não julgou importante confirmar a identidade do cliente e considerou que a terapia *online* prestava-se a assuntos interpessoais e sociais, mas não a situações de risco de suicídio, violência doméstica, abuso de substâncias, abuso infantil ou estupro. Dentre os que detectaram casos a serem avisados às autoridades (N=13), 42% o fizeram. Um quarto dos participantes se deparou com situação em que o paciente apresentava risco a si ou a outros, mas menos da metade avisou as autoridades. Quanto aos terapeutas que atuavam nos Estados Unidos (N=76), mais da metade informou não levar em consideração aspectos jurisdicionais, somente 5% restringindo seus atendimentos a pacientes do mesmo estado. Do total de terapeutas que participaram da enquete, a maior parte não realizou treinamento em psicoterapia pela Internet, nem recebeu supervisão. Os autores concluíram

que há falta de consenso desses profissionais quanto a suas obrigações legais e éticas e que seria necessário um treino formal em psicoterapia *online*.

Também na utilização de programas computadorizados de terapia devem ser observadas questões legais e éticas, provendo-se informações relevantes ao paciente para que possa escolher se deseja receber a intervenção. O paciente deve ser alertado dos termos e condições do programa, de seus direitos e responsabilidades, bem como dos riscos e benefícios da intervenção (Proudfoot et al., 2011).

Conclusão

A psicoterapia *online* já se desenvolve no exterior há mais de dez anos, com resultados bastante promissores. A compilação de achados na área constitui forte evidência a seu favor, o que não pode ser ignorado em debates sensatos acerca do tema. Estudos têm mostrado que a utilização da Internet para atendimento psicoterápico pode não causar tanto prejuízo à relação terapêutica quanto se pensa. Também pesquisas acerca da efetividade de tratamentos *online*, mesmo sem a participação de terapeutas, têm apresentado resultados positivos. As questões legais e éticas que se delineiam no campo parecem ser parcialmente resolvidas com diretrizes claras para a prática e treino.

Todavia, algumas questões carecem de respostas como que tipo de paciente pode se beneficiar da terapia *online* e qual forma de tratamento pode oferecer melhores resultados para determinada demanda. São necessários mais estudos para que se compreendam as peculiaridades da psicoterapia pela Internet. Um exame aprofundado pode nos auxiliar a compreender como as diferentes abordagens psicoterápicas são utilizadas ou modificadas no ambiente virtual e quais requisitos são necessários para que sua prática ocorra em benefício do paciente.

Talvez os esforços devam se voltar não para a proibição da psicoterapia *online*, mas sim para sua efetiva regulamentação, a qual pode se dar, em grande medida, a partir da

experiência dos profissionais e da implementação de programas na rede pública. Alguns países têm procedido desta forma, fazendo o caminho percorrendo-o.

Também as investigações em psicoterapia *online* já estão bastante avançadas no exterior, enquanto que no Brasil nos limitamos a discutir o tema. A psicoterapia pela Internet pode ser uma área promissora para pesquisas nacionais. Ela pode nos ser muito útil devido ao extenso território de nosso país, ao grande número de filas de espera para atendimento psicoterápico e à falta de conhecimentos em saúde mental por parte da população. Ela pode ampliar o acesso à terapia, prover recursos aos que aguardam tratamento e melhorar os conhecimentos em saúde mental de nosso povo.

CAPÍTULO IV

Título provisório: Psicoterapia pela Internet: uma comparação do tratamento psicanalítico via Skype com o presencial

Maria Adélia Minghelli Pieta

William Barbosa Gomes

Resumo

A relação terapêutica na psicoterapia pela Internet pode equivaler à da psicoterapia presencial e tratamentos *online* mostram-se efetivos. Objetivo: avaliar a relação terapêutica e o progresso dos pacientes na psicoterapia pela Internet. Método: 8 psicólogas ofereceram 12 sessões de psicoterapia psicanalítica a 24 pacientes randomizados em 2 condições: (n=12) via Skype e (n=12) presencial. Utilizaram-se o *Working Alliance Inventory* (WAI) e o *Outcome Questionnaire* (OQ-45). Resultados: ANOVAs e testes *t* pareados mostraram não haver diferenças significativas nas médias do WAI e do OQ-45 nos dois grupos. A pontuação de terapeutas e pacientes foi alta no WAI e os escores no OQ-45 apresentaram decréscimo significativo na décima segunda sessão, diminuição que se manteve no grupo *online* no *follow-up* de 12 meses. Conclusão: a relação terapêutica e os resultados foram similares nas psicoterapias *online* e presencial.

Palavras-chave: psicoterapia – psicanálise – Internet – aliança – resultados

Abstract

The therapeutic relationship in psychotherapy over the Internet can be equal to the one established in face-to-face psychotherapies and online treatments have proven effective. Objective: to evaluate the therapeutic alliance and progress of patients in psychotherapy over the Internet. Method: 8 psychologists offered 12 sessions of psychoanalytic psychotherapy to 24 patients randomized into two conditions: (n = 12) via Skype, (n = 12) face-to-face. The Working Alliance Inventory (WAI) and Outcome Questionnaire (OQ-45) were used. Results: ANOVAs and paired t-tests showed no significant differences in the WAI and OQ-45 in both groups. WAI scores of therapists and patients were high and the OQ-45 scores showed a significant decrease at the twelfth session, which remained in the online group at 12 month follow-up. Conclusion: the therapeutic relationship and treatment outcomes were similar in online and face-to-face psychotherapies.

Keywords: psychotherapy – psychoanalysis – Internet – alliance - outcomes

A psicoterapia psicanalítica pela Internet é pouco estudada embora haja um movimento de se conhecer como tratamentos psicanalíticos e baseados na psicanálise funcionam quando transpostos à rede (e.g. Andersson et al., 2012; Fishkin et al., 2011; Johansson et al., 2012). A psicoterapia psicanalítica pela Internet pode ser uma forma atraente de atendimento à saúde mental, ampliando o acesso à psicoterapia.

O objetivo do presente estudo foi comparar doze sessões de psicoterapia psicanalítica via Skype com doze sessões de psicoterapia psicanalítica presencial, avaliando a aliança terapêutica e os resultados do tratamento. As questões de pesquisa foram:

- Há diferenças significativas na aliança terapêutica que se estabelece na psicoterapia psicanalítica pelo Skype em comparação à psicoterapia psicanalítica presencial?
- Há diferenças significativas nos resultados da psicoterapia psicanalítica quando este tratamento é oferecido pelo Skype ou presencialmente?

Nossa hipótese inicial era de que não haveria diferenças significativas entre a psicoterapia psicanalítica *online* e a presencial quanto à aliança e os resultados do tratamento.

Método

O estudo teve um delineamento experimental, comparando dois tipos de tratamento.

Participantes

Pacientes

Indivíduos adultos (N=24) de ambos os sexos, residentes de Porto Alegre, que não estavam recebendo tratamento psicoterápico e não apresentaram sintomas psicóticos ao responder ao *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. PLUS 5.0.0), módulo L “Transtornos Psicóticos” (ANEXO A).

Terapeutas

Psicólogas (N=8) (100% do sexo feminino; 100% de cor branca; idades entre 29 e 63 anos, M = 39.13, DP = 11.17), que realizaram especialização em psicoterapia psicanalítica pelo Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade³, com carga horária média de 1.374hs de aulas, treinamento e supervisão, na perspectiva do vínculo. As terapeutas

³ Instituição que oferece cursos de pós-graduação “lato sensu” reconhecidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), pela Associação Brasileira de Ensino da Psicologia (ABEP) e pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). É a primeira instituição no Brasil que desenvolveu um programa de estudos avançados em psicanálise das configurações vinculares.

estão regularmente inscritas no Conselho Regional de Psicologia (CRP/RS) e possuem de sete a 35 anos de prática clínica (MD = 11.50, IQR = 5.50).

Tratamento

Os pacientes receberam 12 sessões semanais de psicoterapia psicanalítica, que é um tipo de tratamento psicológico baseado na teoria e na técnica da psicanálise, utilizando-se o conceito freudiano de inconsciente, a associação livre, a interpretação dos sonhos, o humor e os atos falhos na compreensão dos conflitos inconscientes do paciente. Apesar do uso dos padrões transferencial e contratransferencial no entendimento do paciente, a psicoterapia psicanalítica distingue-se da psicanálise por não usar o divã, pela menor frequência de sessões (apenas uma a duas sessões em vez de três a cinco sessões por semana) e pelo uso de interpretações extratransferenciais no lugar de transferenciais (Gomes, Ceitlin, Hauck & Terra, 2008).

Instrumentos

Working Alliance Inventory – WAI (Horvath & Greenberg, 1989), versão autorizada em português produzida por Machado e Abreu (1996). O WAI é um questionário transteórico que aborda três aspectos da aliança terapêutica: *Task* (atividades realizadas pelo terapeuta em conjunto com o paciente para propiciar mudanças), *Bond* (sentimentos proporcionados pela relação entre terapeuta e paciente) e *Goal* (foco conjunto de terapeuta e paciente sobre os objetivos da terapia). O instrumento foi utilizado em duas versões, paciente (Anexo C) e terapeuta (Anexo D). O WAI é composto de 36 itens, com três subescalas de 12 itens, avaliadas em uma escala Likert de 1 a 7 (sempre – nunca). Os escores das subescalas do WAI vão de 12-84. A confiabilidade do instrumento, baseada no Alpha de Cronbach, entre os itens varia de .84 a .93 e entre as subescalas, de .68 a .92 (Horvath, 1994). As propriedades psicométricas do WAI em amostra brasileira que realizou psicoterapia *online* foram similares às descritas na literatura (Prado & Meyer, 2006). Na amostra do presente estudo o Alpha de Cronbach entre os itens do WAI foi de .91. e entre as subescalas, de .82.

Outcome Questionnaire (OQ-45) (Lambert et al., 1996), versão em português produzida por Carvalho e Rocha (2009). O OQ-45 é uma escala de 45 itens que avalia o progresso do paciente e a eficiência da psicoterapia. Ele é composto de três subescalas: *Symptom Distress* (SD), 25 itens relacionados a desconforto subjetivo (escores de 0-100), *Interpersonal Relations* (IR), 11 itens voltados a relacionamentos interpessoais (escores de 0-44) e *Social Role* (SR), nove itens relacionados ao desempenho de papel social (escores de 0-

36) (Anexo E). Pontuação igual ou superior a 64 no OQ45 indica nível disfuncional. Considera-se mudança confiável o paciente apresentar uma diminuição de ao menos 14 pontos no escore total do OQ45 entre a primeira e a última avaliação. O critério de recuperação no tratamento consiste em simultaneamente o paciente apresentar diminuição de no mínimo 14 pontos no escore total do OQ45 entre a primeira e a última avaliação e mover-se de um nível disfuncional no OQ45 (pontuação igual ou superior a 64) para um nível funcional (pontuação inferior a 64) (Okiishi et al., 2006). O OQ45 mostrou coeficiente alfa de .93 e valor de teste re-teste com intervalo de três semanas de .84 (Lambert et al., 1996). O instrumento é considerado um dos melhores sistemas de monitoramento de pacientes disponíveis e funciona bem *online* (Harwood et al., 2011). Na amostra deste estudo o coeficiente alpha do OQ-45 foi de .95.

Procedimentos

O recrutamento de participantes ocorreu entre junho de 2012 e julho de 2012. A pesquisa foi divulgada no jornal em junho de 2012, em texto informando que a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) oferecia doze sessões de psicoterapia em caráter experimental. Indivíduos entraram em contato com nosso grupo de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS por telefone ou e-mail e na triagem foram informados de que caso fossem selecionados, seriam sorteados para psicoterapia presencial ou via Skype. Os potenciais participantes responderam ao M.I.N.I. Plus 5.0.0, módulo L “Transtornos psicóticos”, aplicado por assistentes de pesquisa treinadas. Terapeutas preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO H), bem como os participantes que fecharam os critérios para participar da pesquisa (Anexo I). Estes últimos preencheram ainda o questionário sociodemográfico (ANEXO B).

Os 24 pacientes foram alocados aleatoriamente a duas condições de psicoterapia, sendo: a) no grupo *online* os pacientes (N=12) realizaram 12 sessões de psicoterapia psicanalítica via Skype de uma hora de duração; e b) no grupo presencial os pacientes (N=12) realizaram 12 sessões de psicoterapia psicanalítica presencial de 45 minutos de duração. O sorteio dos pacientes para alocação às condições foi realizado de forma a respeitar a regra de que nenhuma terapeuta ficasse com apenas pacientes de um dos grupos (cada terapeuta atendeu, portanto, nos dois grupos, ao todo três pacientes). Esse procedimento foi estabelecido para evitar possíveis vieses na intervenção.

As sessões individuais de psicoterapia pelo Skype e presenciais foram realizadas com hora marcada uma vez por semana. Na condição *online*, seis pacientes realizaram as sessões

via Skype desde sua residência e outros seis desde uma sala do Instituto de Psicologia da UFRGS. Seis terapeutas atenderam os pacientes via Skype desde suas residências e duas terapeutas atenderam os pacientes via Skype desde seu consultório. Na condição presencial, os pacientes foram atendidos no consultório das terapeutas. Seis terapeutas atenderam no Instituto Contemporâneo e duas terapeutas atenderam no seu consultório. Terapeutas e pacientes preencheram o WAI após a quarta, a oitava e a décima segunda semana. Pacientes responderam ao OQ-45 imediatamente antes de cada sessão e doze meses após o encerramento do tratamento. As terapeutas estavam cegas às medidas providas pelos pacientes e vice-versa.

Análise

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21 para Windows. Nas análises foram utilizados dados de participantes que completaram e que não completaram o tratamento. Para dados faltantes de questionários (os quais não foram superiores a 20% dentro da respectiva subescala) foram realizadas médias nas subescalas e o valor encontrado foi inserido. Quando os questionários não foram preenchidos, a última observação foi repetida e quando não houve uma primeira medida, o dado permaneceu faltante. No *follow-up* de 12 meses, somente foram consideradas as medidas providas pelos pacientes.

Foram realizados testes *t* independentes (para variáveis contínuas), e qui-quadrado e Fisher (para variáveis categoriais) nos grupos *online* e presencial, anteriormente ao tratamento, para verificar possíveis diferenças sociodemográficas e em medidas do OQ-45. Os resultados são apresentados por meio de diferenças de médias com intervalos de confiança de 95%. Todas as medidas foram bicaudais. Para controlar diferenças sociodemográficas, testes de correlação de Pearson e análise de covariância (ANCOVA) foram realizados.

Foram realizados testes *t* independentes e teste Mann Whitney para investigar possíveis diferenças nas medidas do OQ-45 e WAI entre aqueles que completaram tratamento, aqueles que foram excluídos da análise e aqueles que completaram tratamento, mas realizaram apenas 11 sessões.

Utilizou-se o *General Linear Model* e análises de variância (ANOVAs) foram realizadas para investigar possíveis diferenças de média nas subescalas do WAI e do OQ-45 – bem como OQ45 total - entre grupos, dentre sujeitos e considerando um efeito de interação entre tempo e grupo. Foram observadas as suposições da ANOVA referentes à normalidade da amostra, aos testes de Levene e de esfericidade de Mauchly. Quando o teste de Levene foi

significativo em algum momento da avaliação e os grupos eram de igual tamanho, a ANOVA foi considerada adequada por ser bastante robusta neste contexto (Field, 2009). Para violação do teste de esfericidade de Mauchly, utilizou-se o corretor Greenhouse e Geisser. A correção de Bonferroni foi utilizada para controlar taxa de erro Tipo I. Todas as medidas tiveram um nível de significância de 5% (bicaudais).

Foram realizados testes *t* pareados para investigar diferenças de médias nas subescalas do WAI de pacientes e terapeutas entre a primeira e a última avaliação. Todas as medidas tiveram um nível de significância de 5% (bicaudais). Foram realizados ainda testes *t* pareados para investigar diferenças de média no OQ-45 e suas respectivas subescalas entre a primeira e a última avaliação e entre a primeira avaliação e o *follow-up* de 12 meses. O teste *post hoc* de Bonferroni foi utilizado pela aumentada probabilidade de erro Tipo I. O teste *t* teve um nível de significância de 2,5% nos grupos *online* e presencial.

Utilizou-se o *Linear Mixed Model* para investigar a capacidade das variáveis *Task*, *Bond* e *Goal* (pacientes e terapeutas) do WAI de predizer os sintomas medidos pelas subescalas *Symptom Distress*, *Interpersonal Relations* e *Social Role* do OQ-45. As medidas tiveram um nível de significância de 5% (bicaudais).

Consideração Éticas

O estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução número 196/1996 do Ministério da Saúde e Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS em protocolo de número 21666.

Resultados

A Figura 1 apresenta o fluxograma dos indivíduos que entraram em contato para participar da pesquisa, foram alocados para cada grupo, receberam tratamento, completaram o estudo e tiveram suas medidas analisadas.

Três pacientes do grupo *online* e três pacientes do grupo presencial foram excluídos do estudo antes de completar a segunda sessão. As razões da exclusão foram: faltar duas vezes à primeira consulta (n=1 no grupo presencial) ou faltar duas vezes à segunda consulta (n=2 no grupo *online*; n=1 no grupo presencial) e, quando contatados pela pesquisadora após as faltas, expressarem não mais desejar realizar o tratamento (seja por indisponibilidade de horário ou por viagem); não apresentar condições cognitivas suficientes para preencher o OQ-45 (n=1 no grupo *online*), ou ainda apresentar transtorno grave que requereu encaminhamento para

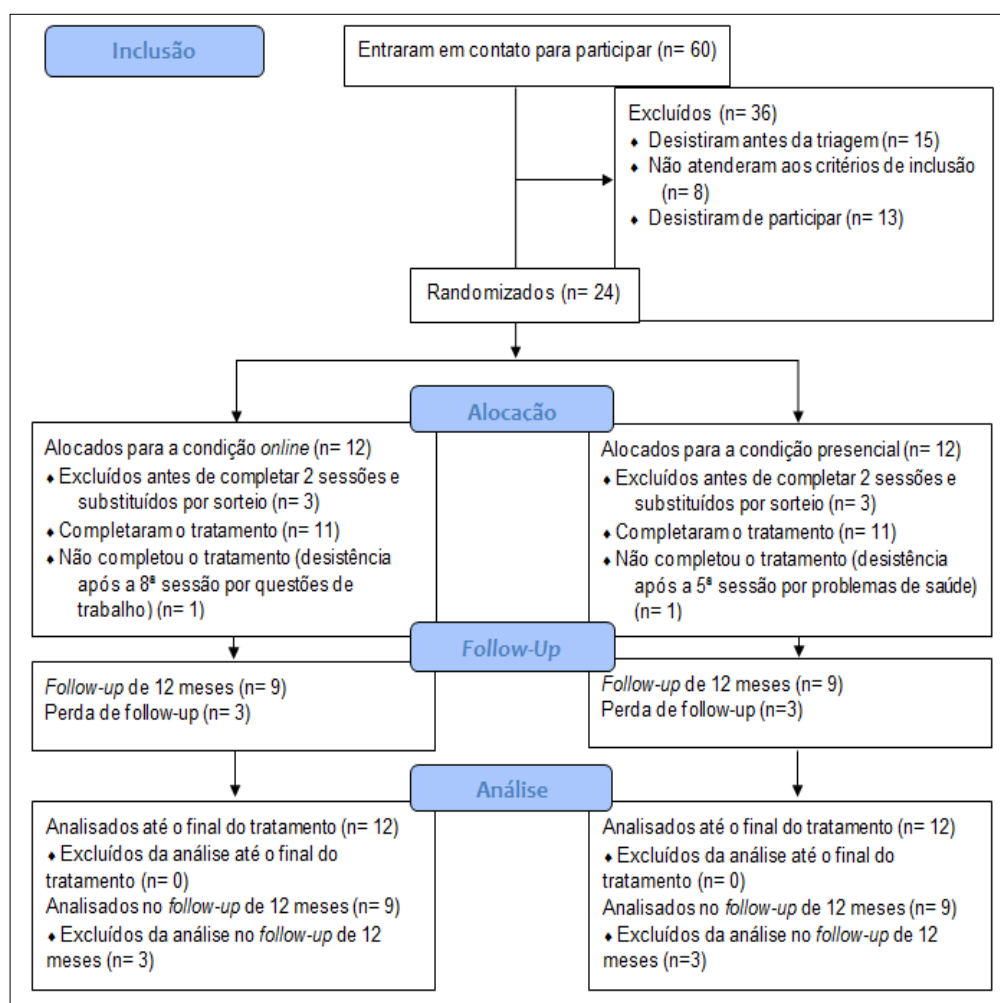


Figura 1. Fluxograma dos pacientes

atendimento específico ($n=1$ no grupo presencial). As medidas iniciais do OQ-45 dos pacientes que foram excluídos (quando providas) ($n=4$) não diferiram significativamente das dos pacientes que completaram tratamento ($n=24$) ($t(26) = .350, p = .729, d = 0.14$). Os pacientes que foram excluídos ($n=6$) foram substituídos por sorteio de forma que cada grupo permaneceu com 12 pacientes.

Também as medidas iniciais do OQ-45 e do WAI dos pacientes que não completaram o tratamento (*dropouts*) ($n=1$ no grupo *online*; $n=1$ no grupo presencial) não diferiram significativamente dos que completaram tratamento (*completers*) ($n=22$) (OQ-45 $U = 33.50, Z = 1.20, p = .261$ e WAI $U = 25.00, Z = .31, p = .797$). Igualmente, as médias do OQ-45 da décima segunda semana dos que não completaram tratamento (para esses pacientes, a última observação foi repetida) não diferiram significativamente dos que completaram tratamento ($U = 27.00, Z = .52, p = .652$). E ainda: os pacientes que pularam uma sessão no decorrer ($n=1$ no grupo *online*; $n=1$ no grupo presencial) (havia a combinação prévia de que três faltas consecutivas em uma sessão acarretavam a perda desta) e que realizaram, portanto, apenas 11

sessões no tratamento (esses pacientes foram considerados *completers* e não *dropouts*), não apresentaram diferenças significativas nas médias da última avaliação do OQ-45 e do WAI (décima segunda semana) em comparação com os pacientes que realizaram 12 sessões no tratamento (OQ-45 $U = 20.00$, $Z = 0.00$, $p = 1.00$ e WAI $U = 36.00$, $Z = 1.83$, $p = .078$).

As sessões psicoterápicas foram realizadas uma vez por semana de julho de 2012 a novembro de 2012. As medidas de *follow-up* foram coletadas em outubro de 2013. Dos 12 pacientes do grupo *online*, três já haviam utilizado o Skype antes da intervenção. Das oito terapeutas, apenas duas utilizavam o Skype com frequência anteriormente à pesquisa; as demais treinaram a utilização da mídia antes de iniciarem os atendimentos.

Testes *t* e chi-quadrado mostraram que os grupos *online* e presencial diferiram significativamente apenas na idade em dados sociodemográficos no momento anterior ao tratamento. As medidas iniciais do OQ-45 e subescalas não diferiram significativamente entre os dois grupos (Tabela 1).

Uma vez que a idade dos pacientes do grupo *online* diferiu significativamente da dos pacientes do grupo presencial, testes de correlação de Pearson foram realizados investigando correlação entre idade e subescalas *Task*, *Bond* e *Goal* (versão pacientes e terapeutas) do WAI e subescalas *Symptom Distress*, *Interpersonal Relations* e *Social Role* do OQ-45. Os resultados mostraram haver correlação apenas entre idade e *Task* (versão pacientes). A idade correlacionou-se positivamente com a variável *Task* (versão pacientes) na terceira avaliação ($n = 24$, $df = 22$, $r = .543$, $p = .006$). Todavia uma análise de covariância (ANCOVA) mostrou que idade não covariou com *Task* (versão pacientes) ao longo do tempo ($F(2, 42) = 2.05$, $\eta^2 = 0.09$, $p = .142$).

Avaliação da aliança terapêutica nos pacientes

Avaliaram-se diferenças de médias ao longo do tempo em três aspectos da percepção de aliança terapêutica: *Task*, *Bond* e *Goal* entre grupos, dentre sujeitos e considerando um efeito de interação entre tempo e grupo. Não houve diferenças entre as médias gerais dos grupos quanto à percepção da aliança terapêutica, tal como avaliada pelas variáveis *Task*, *Bond* e *Goal* (Tabela 2). Também não foram significativos os testes dentre sujeitos para *Task*, *Bond* e *Goal* e ainda não foi significativo o efeito da interação entre tempo e grupo.

A fim de investigar diferenças de médias em percepção de aliança terapêutica entre a primeira avaliação (quarta semana) e a última avaliação (décima segunda semana), considerando as variáveis *Task*, *Bond* e *Goal*, foram realizados testes *t* pareados para cada

grupo. Os resultados mostraram não haver diferenças significativas para os grupos *online* e presencial nas variáveis *Task*, *Bond* e *Goal* (Tabela 3).

Avaliação da aliança terapêutica nas terapeutas

Foram avaliadas diferenças de médias ao longo do tempo em três aspectos da percepção de aliança terapêutica: *Task*, *Bond* e *Goal* entre grupos, dentre sujeitos e considerando um efeito de interação entre tempo e grupo. Houve efeito significativo apenas nos testes dentre sujeitos para a subescala *Goal*, com a análise dos contrastes apresentando um efeito linear *crescente* (ao longo do tempo) para as médias em *Goal*, $F(1, 21) = 8.54$, $\eta^2 = 0.29$, $p = .008$. Não houve diferenças entre as médias de percepção de aliança terapêutica para *Task*, *Bond* e *Goal* para as condições *online* e presencial, nem foi significativo o efeito da interação com a condição de intervenção (*online* ou presencial) (Tabela 2).

A fim de investigar diferenças de médias em percepção de aliança terapêutica entre a primeira avaliação (quarta semana) e a última avaliação (décima segunda semana), foram realizados testes *t* pareados para cada tipo de atendimento realizado. Os resultados mostraram um incremento significativo na percepção da aliança terapêutica por parte das terapeutas na condição *online* para a variável *Goal*, mas não para as variáveis *Task* e *Bond* (Tabela 4). Já no grupo presencial, não houve diferenças significativas para *Task*, *Bond* e *Goal*.

Avaliação do progresso dos pacientes

Investigaram-se variações dos escores dos pacientes no *Outcome Questionnaire* (OQ-45) e subescalas *Symptom Distress*, *Interpersonal Relations* e *Social Role* em função do tempo (12 medidas repetidas) e do tipo de intervenção (*online* versus presencial). Um termo de interação entre as variáveis tempo e grupo também foi estimado, para investigar possíveis diferenças entre os grupos quanto ao padrão dos escores no OQ-45 e subescalas ao longo do tempo.

Os resultados são apresentados na Tabela 5. Para as médias totais do OQ-45 (apresentadas na Tabela 6), o teste de Mauchly indicou que a hipótese de esfericidade foi violada ($\chi^2(65) = 160.57$, $(p < .05)$); portanto os graus de liberdade foram corrigidos utilizando as estimativas de esfericidade de Greenhouse e Geisser ($\epsilon = .37$).

O efeito principal para a variável tempo foi significativo, indicando uma redução significativa nos escores do OQ-45 ao longo do tempo, considerando a amostra total. O teste de contrastes foi significativo para um modelo descrevendo um decréscimo linear no OQ-45, $F(1, 22) = 15.97$, $\eta^2 = 0.42$, $p = .001$. Todavia não houve efeito significativo para grupo de

intervenção, nem para a interação entre as variáveis tempo e grupo, indicando ausência de diferença entre as médias gerais entre os dois grupos e que o efeito foi o mesmo para as duas condições (*online* e presencial).

A fim de investigar diferenças de médias no OQ-45 entre a primeira avaliação (primeira semana) e a última avaliação (décima segunda semana) e entre a primeira avaliação e *follow-up* de 12 meses, foram realizados testes *t* pareados para cada tipo de atendimento realizado. Na última avaliação, houve decréscimo significativo nos escores do OQ-45 nas condições *online* e presencial (Tabela 6). No *follow-up* de 12 meses, os resultados mostraram um decréscimo significativo apenas na condição *online*.

Para as médias nas três subescalas do OQ-45 (Figuras 2, 3 e 4 apresentam as médias ao longo do tempo), o teste de Mauchly indicou que a hipótese de esfericidade foi violada para *Symptom Distress* ($\chi^2(65) = 198.77$, ($p < .05$), *Interpersonal Relationship* ($\chi^2(65) = 113.75$, ($p < .05$) e *Social Role* ($\chi^2(65) = 89.95$, ($p < .05$); portanto os graus de liberdade foram corrigidos utilizando as estimativas de esfericidade de Greenhouse e Geisser para *Symptom Distress* ($\epsilon = .37$), *Interpersonal Relationship* ($\epsilon = .48$) e *Social Role* ($\epsilon = .57$).

O efeito principal para a variável tempo foi significativo, indicando uma redução significativa nos escores em *Symptom Distress*, *Interpersonal Relations* e *Social Role* ao longo do tempo, considerando a amostra total (Tabela 5). O teste de contrastes foi significativo para um modelo descrevendo um decréscimo linear em *Symptom Distress*, $F(1, 22) = 16.10$, $\eta^2 = 0.42$, $p = .001$, *Interpersonal Relations*, $F(1, 22) = 7.64$, $\eta^2 = 0.26$, $p = .011$ e *Social Role* $F(1, 22) = 10.74$, $\eta^2 = 0.33$, $p = .003$. Todavia o efeito principal para a variável grupo de intervenção não foi significativo, indicando uma ausência de diferença entre as médias gerais para as variáveis *Symptom Distress*, *Interpersonal Relations* e *Social Role* entre os grupos *online* e presencial. Também não houve efeito da interação entre as variáveis tempo e grupo, indicando que a diminuição nas médias das três subescalas foi a mesma para os dois grupos.

Testes *t* pareados para *Symptom Distress*, *Interpersonal Relations* e *Social Role* entre a primeira avaliação (primeira semana) e a última avaliação (décima segunda semana) mostraram um decréscimo significativo nos escores em *Symptom Distress* nas condições *online* e presencial (Tabela 7). Houve decréscimo significativo também no referido período nas médias em *Interpersonal Relations* e *Social Role*, somente na condição presencial. Já entre a primeira avaliação e o *follow-up* de 12 meses, testes *t* pareados para *Symptom Distress*, *Interpersonal Relations* e *Social Role* mostraram um decréscimo significativo nas médias das subescalas *Symptom Distress* e *Interpersonal Relations* apenas no grupo *online*.

Tabela 1
Características dos participantes em cada grupo

Variável pré-tratamento	Total N = 24	Online n = 12	Presencial n = 12	Estatística
Idade em anos, média e desvio-padrão (DP)	48.75 (17.6)	57.0 (16.4)	40.5 (15.1)	$t(22)=2.56$, $p<.05$, $d=1.09$
Sexo, n (%)				
Masculino	10 (41.7)	6 (50.0)	4 (33.3)	$\chi^2(1)=.69$, $p>.05$
Feminino	14 (58.3)	6 (50.0)	8 (66.7)	
Estado civil, n (%)				
Solteiro	10 (41.7)	4 (33.3)	6 (50.0)	Teste Exato de Fisher $p=.38$
Casado/Vivendo como casado	9 (37.5)	4 (33.3)	5 (41.7)	
Separado/Divorciado	3 (12.5)	3 (25.0)	0 (0)	
Viúvo	2 (8.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	
Etnia, n (%)				
Branco	19 (79.2)	10 (83.3)	9 (75.0)	Teste Exato de Fisher $p=.59$
Preto	2 (8.3)	0 (0.0)	2 (16.7)	
Pardo	3 (12.5)	2 (16.7)	1 (8.3)	
Emprego, n (%)				
Trabalha (empregado/autônomo)	16 (66.7)	9 (75.0)	7 (58.3)	Teste Exato de Fisher $p=.25$
Desempregado	3 (12.5)	0 (0)	3 (25.0)	
Aposentado	5 (20.8)	3 (25.0)	2 (16.7)	
Escolaridade, n (%)				
Ensino Médio	9 (37.5)	5 (41.7)	4 (33.3)	Teste Exato de Fisher $p=.28$
Ensino Superior	12 (50.0)	7 (58.3)	5 (41.7)	
Pós-graduação	3 (12.5)	0 (0)	3 (25.0)	
Tratamento psicológico anterior, n (%)				

Sim	14 (58.3)	7 (58.3)	7 (58.3)	$\chi^2(1)=.00,$
Não	10 (41.7)	5 (41.7)	5 (41.7)	$p>0.5$
Medicação psiquiátrica no início do tratamento, n (%)				
Não	20 (83.3)	10 (83.3)	10 (83.3)	$\chi^2(1)=.00,$
Sim	4 (14.7)	2 (16.7)	2 (16.7)	$p>0.5$
OQ-45 Total, média (DP)	70.1 (24.5)	72.9 (22.1)	67.3 (27.4)	$t(22)=.55,$ $p>.05,$ $d=.23$
OQ-45 <i>Symptom Distress</i> , média (DP)				
	39.50 (15.0)	41.75 (14.2)	37.3 (16.1)	$t(22)=.73,$ $p>.05,$ $d=.31$
OQ-45 <i>Interpersonal Relations</i> , média (DP)				
	18.70 (6.43)	19.2 (5.1)	18.25 (7.7)	$t(22)=.34,$ $p>.05,$ $d=.14$
OQ-45 <i>Social Role</i> , média (DP)				
	11.92 (4.8)	12.0 (4.9)	11.83 (4.8)	$t(22)=.08,$ $p>.05,$ $d=.03$

Note. OQ-45 = *Outcome Questionnaire* OQ-45

Tabela 2

Análise de variância (ANOVA) das médias de pacientes e terapeutas nas subescalas *Task*, *Bond* e *Goal* do *Working Alliance Inventory* (WAI)

		Efeito grupo				Efeito tempo				Efeito interação			
		<i>df</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Pacientes	<i>Task</i>	(1, 22)	0.40	0.02	.536	(2, 44)	2.36	0.10	.107	(2, 44)	0.82	0.04	.449
	<i>Bond</i>	(1, 22)	0.01	0.00	.932	(2, 44)	1.09	0.05	.345	(2, 44)	0.61	0.03	.547
	<i>Goal</i>	(1, 22)	0.01	0.00	.926	(2, 44)	2.93	0.12	.064	(2, 44)	0.43	0.02	.651
Terapeutas	<i>Task</i>	(1, 21)	1.55	0.07	.227	(2, 42)	2.72	0.12	.077	(2, 42)	0.27	0.01	.767
	<i>Bond</i>	(1, 21)	3.15	0.13	.090	(2, 42)	0.74	0.03	.484	(2, 42)	2.63	0.11	.084
	<i>Goal</i>	(1, 21)	1.02	0.05	.324	(2, 42)	5.58	0.21	.007	(2, 42)	1.15	0.05	.327

Tabela 3

Comparação dos resultados dos pacientes nas subescalas *Task*, *Bond* e *Goal* do WAI nos dois grupos

WAI	<i>Online</i>				<i>Presencial</i>			
	S 4	S 8	S 12	Teste <i>t</i>	S 4	S 8	S 12	Teste <i>t</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	S 4 – S 12	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	S 4 – S 12
Task	77.25 (5.12)	75.17 (7.11)	78.17 (7.06)	$t(11) = -0.53$ $p = .610$ $d = 0.15$	74.75 (6.68)	75.00 (7.92)	76.17 (5.57)	$t(11) = -1.34$ $p = .206$ $d = 0.23$
Bond	73.92 (9.93)	72.17 (11.31)	75.58 (8.87)	$t(11) = -0.62$ $p = .547$ $d = 0.18$	73.42 (7.12)	74.25 (7.58)	74.83 (7.27)	$t(11) = -0.70$ $p = .501$ $d = 0.20$
Goal	68.75 (5.63)	69.25 (6.30)	72.41 (7.00)	$t(11) = -1.57$ $p = .145$ $d = 0.58$	70.08 (7.00)	74.25 (7.58)	75.58 (8.87)	$t(11) = -0.83$ $p = .422$ $d = 0.19$

Note. S = semana, *M* = média, *DP* = desvio-padrão.

Tabela 4

Comparação dos resultados das terapeutas nas subescalas *Task*, *Bond* e *Goal* do WAI nos dois grupos

WAI	<i>Online</i>				<i>Presencial</i>			
	S 4	S 8	S 12	Teste <i>t</i>	S 4	S 8	S 12	Teste <i>t</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	S 4 – S 12	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	S 4 – S 12
Task	74.09 (6.35)	75.27 (6.78)	77.45 (6.36)	$t(10) = -2.12$ $p = .060$ $d = 0.53$	70.83 (8.72)	71.75 (9.48)	72.67 (9.47)	$t(11) = -0.90$ $p = .387$ $d = 0.13$
Bond	75.91 (6.12)	76.91 (5.32)	78.91 (4.97)	$t(10) = -2.18$ $p = .054$ $d = 0.54$	73.08 (8.13)	72.17 (7.86)	72.00 (8.24)	$t(11) = 0.80$ $p = .441$ $d = 0.13$
Goal	70.45 (4.78)	74.00 (5.44)	75.09 (6.83)	$t(10) = -2.58$ $p = .027$ $d = 0.79$	69.00 (10.21)	69.50 (10.47)	71.33 (9.09)	$t(11) = -1.47$ $p = .168$ $d = 0.24$

Note. S = semana, M = média, DP = desvio-padrão

Tabela 5

Análise de variância (ANOVA) das médias dos pacientes no *Outcome Questionnaire* (OQ-45) e subescalas *Symptom Distress* (SD), *Interpersonal Relations* (IR) e *Social Role* (SR) nos grupos *online* e presencial

	Efeito grupo				Efeito tempo				Efeito interação			
	<i>df</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
OQ-45	(1, 22)	1.17	0.05	.291	(4.03, 88.69)	6.45	0.23	.000	(4.03, 88.69)	1.71	0.05	.329
SD	(1, 22)	1.24	0.05	.278	(4.10, 90.26)	6.72	0.23	.000	(4.10, 90.26)	0.81	0.04	.523
IR	(1, 22)	1.01	0.04	.325	(5.26, 115.76)	2.37	0.10	.041	(5.26, 115.76)	1.06	0.05	.389
SR	(1, 22)	0.70	0.03	.411	(6.24, 137.21)	3.17	0.13	.005	(6.24, 137.21)	1.38	0.06	.225

Tabela 6

Comparação dos resultados do OQ-45 Total nos dois grupos

	<i>Online</i> (n =12)	<i>Presencial</i> (n =12)
S 1 <i>M (DP)</i>	72.92 (22.07)	67.33 (27.38)
S 2 <i>M (DP)</i>	71.08 (25.60)	62.33 (28.10)
S 3 <i>M (DP)</i>	73.92 (23.17)	62.83 (29.17)
S 4 <i>M (DP)</i>	73.92 (23.02)	59.25 (26.26)
S 5 <i>M (DP)</i>	72.00 (21.03)	57.25 (28.76)
S 6 <i>M (DP)</i>	69.08 (20.39)	59.00 (28.61)
S 7 <i>M (DP)</i>	71.92 (23.57)	56.25 (29.56)
S 8 <i>M (DP)</i>	67.00 (16.62)	56.25 (30.04)
S 9 <i>M (DP)</i>	66.08 (17.31)	55.58 (31.27)
S 10 <i>M (DP)</i>	67.33 (18.59)	55.41 (31.33)
S 11 <i>M (DP)</i>	63.25 (14.23)	55.58 (28.88)
S 12 <i>M (DP)</i>	61.08 (17.88)	54.17 (29.30)
FU12m N	(N=9)	(N=9)
FU12m <i>M (DP)</i>	57.78 (20.21)	55.00 (28.55)
Teste t	$t(11) = 2.83$	$t(11) = 3.82$
S 1 – S 12	$p = .016$ $d = 0.59$	$p = .003$ $d = 0.46$
Teste t	$t(8) = 3.57$	$t(8) = 1.52$
S 1 – FU12m	$p = .007$ $d = 0.78$	$p = .168$ $d = 0.35$

Note. S = semana, M = média, DP = desvio-padrão

Tabela 7

Comparação dos resultados das subescalas do OQ-45, *Symptom Distress (SD)*, *Interpersonal Relations (IR)* e *Social Role (SR)*, nos dois grupos

	<i>Online</i> (n = 12)	Presencial (n = 12)
S 1 SD <i>M (DP)</i>	41.75 (14.16)	37.25 (16.05)
IR <i>M (DP)</i>	19.17 (5.11)	18.25 (7.74)
SR <i>M (DP)</i>	12.00 (4.92)	11.83 (4.80)
S 12 SD <i>M (DP)</i>	33.25 (11.29)	28.83 (16.70)
IR <i>M (DP)</i>	16.92 (4.29)	15.42 (8.66)
SR <i>M (DP)</i>	10.92 (4.27)	9.92 (5.40)
FU12m N	(n = 9)	(n = 9)
FU12m SD <i>M (DP)</i>	32.00 (15.68)	28.56 (15.26)
IR <i>M (DP)</i>	15.00 (2.65)	14.00 (8.00)
SR <i>M (DP)</i>	10.78 (3.53)	12.44 (6.69)
Teste <i>t</i> SD	<i>t</i> (11) = 2.76	<i>t</i> (11) = 3.61
S 1 – S 12	<i>p</i> = .018 <i>d</i> = 0.66	<i>p</i> = .004 <i>d</i> = 0.51
Teste <i>t</i> IR	<i>t</i> (11) = 1.83	<i>t</i> (11) = 3.17
S 1 – S 12	<i>p</i> = .094 <i>d</i> = 0.48	<i>p</i> = .009 <i>d</i> = 0.34
Teste <i>t</i> SR	<i>t</i> (11) = 1.44	<i>t</i> (11) = 2.69
S 1 - S 12	<i>p</i> = .178 <i>d</i> = 0.23	<i>p</i> = .021 <i>d</i> = 0.37
Teste <i>t</i> SD	<i>t</i> (8) = 3.28	<i>t</i> (8) = 1.98
S 1 – FU12m	<i>p</i> = .011 <i>d</i> = 0.65	<i>p</i> = .083 <i>d</i> = 0.55
Teste <i>t</i> IR	<i>t</i> (8) = 2.94	<i>t</i> (8) = 1.52
S 1 – FU12m	<i>p</i> = .019 <i>d</i> = 1.02	<i>p</i> = .168 <i>d</i> = 0.54
Teste <i>t</i> SR	<i>t</i> (8) = 1.18	<i>t</i> (8) = -.239
S 1 – FU12m	<i>p</i> = .270 <i>d</i> = 0.28	<i>p</i> = .817 <i>d</i> = 0.10

Note. S = semana, M = média, DP = desvio-padrão.

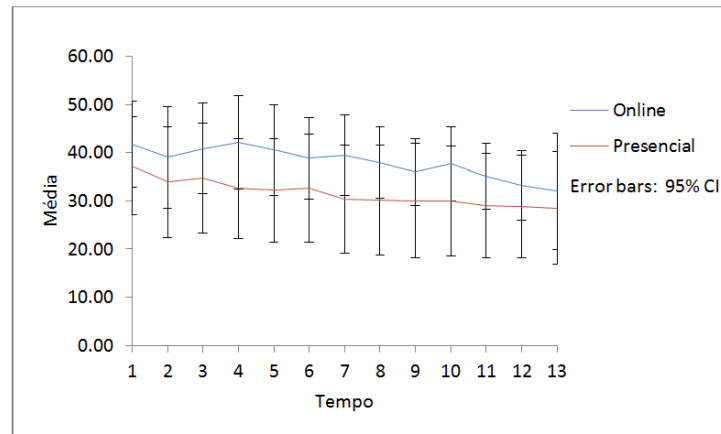


Figura 2. Médias na subescala *Symptom Distress* do *Outcome Questionnaire* OQ-45 ao longo das doze semanas de intervenção e *follow-up* de 12 meses.

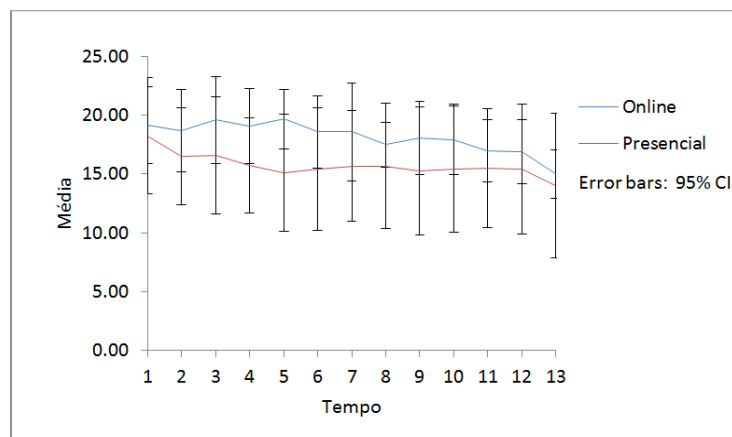


Figura 3. Médias na subescala *Interpersonal Relations* do *Outcome Questionnaire* OQ-45 ao longo das doze semanas de intervenção e *follow-up* de 12 meses.

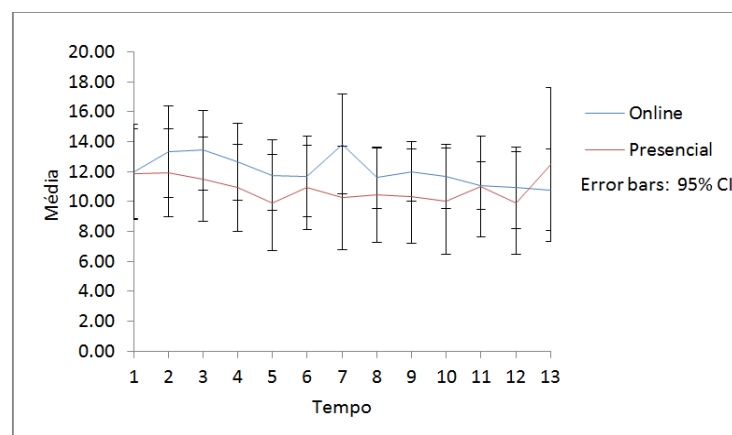


Figura 4. Médias na subescala *Social Role* do *Outcome Questionnaire* OQ-45 ao longo das doze semanas de intervenção e *follow-up* de 12 meses.

O número de pacientes que apresentaram mudança confiável - diminuição de ao menos 14 pontos no escore total do OQ-45 entre a primeira e a última semana – no grupo *online* foi 5/12 (41.7%) e no presencial também 5/12 (41.7%). Não houve, portanto uma associação significativa entre tipo de tratamento e mudança confiável nos sintomas na décima

segunda semana ($\chi^2(1) = 0.00, p = 1.00$). No *follow-up* de 12 meses, apenas dentre os que proveram medidas, o número dos que mantiveram mudança confiável no grupo *online* foi 2/5 pacientes (40.0%) (McNemar's Test $n = 9$, Exact $p = .63$), e no presencial, 4/5 (80.0%), (McNemar's Test $n = 9$, Exact $p = 1.00$).

Já para avaliar recuperação no tratamento, consideraram-se apenas os pacientes com escores totais iniciais no OQ-45 iguais ou superiores a 64 pontos (17/24, 70,8%) nos grupos *online* (8/12, 66,7%) e presencial (9/12, 75,0%). Dentre os pacientes do grupo *online*, 4/8 (50.0%) apresentaram recuperação na décima segunda semana e dentre os do grupo presencial, 4/9 (44.4%). Não houve uma associação significativa entre tipo de tratamento e recuperação na décima segunda semana (Teste Exato de Fisher $p = 1.00$). No *follow-up* de 12 meses, apenas dentre os que proveram medidas, 2/4 dos pacientes (50,0%) do grupo *online* mantiveram a recuperação (McNemar's Test $n = 9$, Exact $p = 1.00$), e no grupo presencial, 3/4 dos pacientes (75%) (McNemar's Test $n = 9$, Exact $p = 1.00$) mantiveram a recuperação.

Relação entre aliança terapêutica e sintomas

Symptom Distress: a variável *Goal* (terapeutas) mostrou-se um preditor negativo de *Symptom Distress* (Tabela 8). Especificamente, verificou-se que, a cada aumento de um ponto em *Goal* (terapeutas), houve um decréscimo de .66 pontos em *Symptom Distress*.

Interpersonal Relations: a variável *Goal* (pacientes e terapeutas) mostrou-se um preditor negativo de *Interpersonal Relations*. Especificamente, verificou-se que, a cada aumento de um ponto em *Goal* (pacientes), houve um decréscimo de .27 pontos em *Interpersonal Relations* e a cada aumento de um ponto em *Goal* (terapeutas), houve um decréscimo de .25 pontos em *Interpersonal Relations*. *Bond* (pacientes) mostrou-se um preditor positivo de *Interpersonal Relations*. A cada aumento de um ponto em *Bond* (pacientes), houve um aumento de .17 pontos em *Interpersonal Relations*.

Social Role: as variáveis *Task*, *Bond* e *Goal* (pacientes e terapeutas) não se mostraram preditoras de *Social Role*.

Discussão

Pacientes e terapeutas apresentaram médias altas no WAI nos grupos *online* e presencial, indicando que estabeleceram uma relação terapêutica de qualidade nas duas formas de tratamento. A aliança apresentou um crescimento estável – pouca mudança - ao longo do tratamento nos grupos *online* e presencial, com pontuação alta de pacientes e terapeutas nos três tempos em que foi medida. Essa manutenção dos índices de aliança ao

Tabela 8

Linear growth models para mudança nos sintomas ao longo do tempo

Variável dependente	Parâmetro de crescimento	Semana 1 – Semana 12			
		β	Erro padrão β	<i>p</i>	I.C.
<i>Symptom Distress</i>	<i>Task p</i>	.230	.281	.419	-.342, .801
	<i>Bond p</i>	-.055	.198	.784	-.466, .357
	<i>Goal p</i>	-.350	.230	.137	-.815, .115
<i>Interpersonal Relations</i>	<i>Task t</i>	.227	.330	.497	-.449, .904
	<i>Bond t</i>	.372	.292	.213	-.226, .969
	<i>Goal t</i>	-.659	.290	.029	-1.24, -.073
<i>Social Role</i>	<i>Task p</i>	.133	.123	.289	-.118, .383
	<i>Bond p</i>	.172	.072	.029	.020, .324
	<i>Goal p</i>	-.267	.086	.006	-.448, -.087
<i>Social Role</i>	<i>Task t</i>	-.102	.134	.453	-.380, .176
	<i>Bond t</i>	.227	.140	.113	-.056, .510
	<i>Goal t</i>	-.246	.106	.035	-.472, -.020
<i>Social Role</i>	<i>Task p</i>	.050	.102	.626	-.155, .256
	<i>Bond p</i>	-.086	.072	.238	-.232, .060
	<i>Goal p</i>	-.017	.074	.816	-.167, .132
<i>Social Role</i>	<i>Task t</i>	-.061	.118	.605	-.299, .176
	<i>Bond t</i>	.098	.114	.394	-.131, .327
	<i>Goal t</i>	-.021	.094	.826	-.211, .169

Note. p = pacientes, t = terapeutas

longo do tratamento foi encontrada anteriormente em estudos que investigaram padrões de desenvolvimento de aliança em pacientes. Hersoug, Hoglend, Havik e Monsen (2010) observaram crescimento estável da aliança em aproximadamente 70% dos pacientes que participaram de sua pesquisa. Stiles et al (2004) também encontraram dados apontando que os pacientes tendem a seguir um padrão de desenvolvimento da aliança de crescimento estável. Em estudo de Prado e Meyer (2006) da Universidade de São Paulo sobre psicoterapia via e-mail, a relação terapêutica que se formou na quinta semana manteve-se estável no decorrer das 10 semanas subsequentes de terapia.

A manutenção estável da aliança nos três tempos em que foi medida pode ser interpretada como a relação terapêutica já tendo se estabelecido no primeiro momento em que foi avaliada, na quarta semana. De acordo com a literatura, a aliança tende a se estabelecer até a quinta sessão (Horvath & Luborsky, 1993). Especificamente quanto ao grupo *online*, Bouchard et al. (2004) também observaram o rápido desenvolvimento da aliança em psicoterapia via videoconferência. Após a primeira semana, os escores dos pacientes nas três subescalas do WAI foram altos, mantendo-se desta forma até o final dos atendimentos.

Os achados similares no WAI na terapia *online* e presencial corroboram resultados de comparação entre a relação terapêutica *online* e presencial, com utilização de escalas de aliança, que apontam para semelhanças entre as duas modalidades de tratamento (Cook e Doyle, 2002; Bouchard et al. 2004; Prado e Meyer, 2006; Reynolds, Styles e Grohol, 2006; Germain, Marchand, Bouchard, Guay & Drouin, 2010; Preschl, Maercker e Wagner, 2011).

Todavia um fato a ser observado é que pacientes e terapeutas tendem a pontuar alto em escalas de aliança (Tryon, Blackwell e Hammel, 2008). As respostas dos pacientes tendem a se localizar em até 20% abaixo da pontuação máxima e a dos terapeutas, em uma margem 30% inferior. Em parte, esse fenômeno é atribuído a características dos próprios instrumentos de aliança. Para Hatcher e Gillaspay (2006), pacientes e terapeutas encontrariam dificuldade em discriminar os 5 pontos mais baixos da escala de 7 pontos do WAI.

Os altos índices apresentados simultaneamente em *Task*, *Bond* e *Goal* podem ser interpretados como havendo uma associação desses três aspectos da aliança. Com efeito, Horvath e Greenberg (1989) demonstraram empiricamente a correlação das subescalas *Task*, *Bond* e *Goal* do WAI.

A diminuição significativa nas médias dos pacientes no OQ-45 ao longo do tempo, observada em ANOVA e testes *t* pareados, mostra que houve progresso nos tratamentos *online* e presencial. É possível que a elevada pontuação inicial no WAI de pacientes e terapeutas tenha influenciado esses resultados positivos. Marmarosh e Kivlighan Jr. (2012)

encontram associação entre aliança forte no WAI e mudança nos sintomas em 36 díades terapêuticas. Quando terapeutas e pacientes perceberam uma aliança forte já no início do tratamento, houve uma maior redução dos sintomas.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos *online* e presencial quanto aos resultados do OQ-45, indicando que os pacientes progrediram de forma semelhante nos dois tipos de tratamento. O fato de não haver associação significativa entre tipo de tratamento e mudança confiável nos sintomas na última avaliação (décima segunda semana), bem como entre tipo de tratamento e recuperação na décima segunda semana, reforça esse achado. Com efeito, diversos estudos em psicoterapia pela Internet sugerem que o tratamento *online* tem efetividade similar à da psicoterapia presencial (Barak et al., 2008; Miclea et al., 2010).

A recuperação no tratamento dos pacientes do grupo *online* ocorreu de forma mais rápida do que o esperado. No referido grupo, um índice de 50% dos indivíduos que iniciaram tratamento com escores disfuncionais no OQ-45 apresentaram recuperação na décima segunda semana, superando as expectativas documentadas na literatura. Espera-se que a mesma porcentagem de pacientes apresente recuperação somente após 21 sessões (Lambert, Hansen & Finch, 2001). O aumento da pontuação das terapeutas em *Goal* no WAI pode nos auxiliar a compreender esse dado. O componente *Goal* da aliança tende a associar-se a resultados, conforme Tryon e Winograd (2011) mostraram em metanálise de 15 estudos. Quando são traçados os objetivos do tratamento e o processo para alcançá-los, os resultados tendem a ser melhores. A novidade é que no presente estudo, que incluiu tratamento via Skype, *Goal* foi preditor negativo de sintomas, comportando-se de forma análoga ao que ocorre na psicoterapia presencial. Em contraste, *Bond* (pacientes) mostrou-se um preditor positivo de sintomas, o que não seria esperado, considerando-se que *Bond* serve de mediador para o acordo entre pacientes e terapeutas sobre os objetivos do tratamento, mediando também os efeitos da psicoterapia (*see* Saunders, 2000). Todavia o impacto de *Bond* nos resultados em diferentes tratamentos é ainda ambíguo, carecendo de maiores estudos. Ulvenes et al. (2012) consideram que *Bond* recebe impacto das ações do terapeuta e que a forma como *Bond* interage com diferentes tratamentos na busca de benefícios pode variar. Os autores citam como exemplo a psicoterapia psicodinâmica para fobia de afeto, na qual o comportamento dos terapeutas de não focalizar no afeto pode contribuir para que o paciente goste mais do terapeuta ou da terapia (fortalecendo *Bond*), mas não para uma melhora nos sintomas. É possível que, ao contrário, no presente estudo as terapeutas tenham trabalhado afetos com os pacientes, fortalecendo o vínculo, e que os pacientes tenham se sentido

encorajados a expressar esses afetos, com impacto negativo nas relações interpessoais (medidas por *Interpersonal Relations*). É comum em terapia o período em que a mudança do paciente gera uma desconforto nas relações interpessoais. Contudo, com o passar do tempo, esse quadro pode se reacomodar. Como os dados deste estudo foram coletados em um breve período, não tendo havido um acompanhamento dos pacientes por um intervalo de tempo maior, não se sabe como as relações interpessoais se comportaram no decorrer. É possível que se o tratamento fosse mais longo, a relação entre *Bond* e *Interpersonal Relations* mudasse de direção.

Os resultados indicaram ainda que a psicoterapia psicanalítica pelo Skype pode ter efeitos duradouros, como mostrou o teste *t* pareado entre a primeira avaliação e o *follow-up* de 12 meses. Houve significativa diminuição dos escores do OQ-45 no *follow-up* de 12 meses e tamanho de efeito grande ($d = .78$). Em contraste, no tratamento presencial, o teste *t* pareado indicou que os ganhos terapêuticos não se mantiveram no referido período. Apesar de no grupo presencial a porcentagem de pacientes que mantiveram mudança confiável nos sintomas e recuperação no *follow-up* de doze meses ser superior à do grupo *online*, a amostra é pequena demais para que o teste McNemar possa detectar diferenças significativas em cada uma das condições. Estudos com amostras maiores precisariam ser realizados.

O fato de que no grupo *online* houve diminuição significativa na décima segunda semana nos escores da subescala *Symptom Distress* e não das subescalas *Interpersonal Relations* e *Social Role* pode ser interpretado como os pacientes tendendo a experimentar mudança nos sintomas antes de experimentarem melhora nas relações interpessoais e no funcionamento social. Com efeito, Vermeersch et al. (2004) observaram redução nos sintomas anteriormente à diminuição nos escores em *Interpersonal Relations* e *Social Role*, achados que replicaram os de estudo anterior (Vermeersch, Lambert & Burlingame, 2000). É possível que a redução nos sintomas preceda mudanças no funcionamento interpessoal devido ao fato de que os problemas interpessoais podem levar mais tempo para serem resolvidos, uma vez que são influenciados não apenas pelo paciente, mas por aqueles indivíduos com quem ele se relaciona (Vermeersch et al., 2004). Essa hipótese fortalece-se se observarmos que o grupo *online* apresentou redução significativa nos escores em *Interpersonal Relations* entre a primeira avaliação e o *follow-up* de 12 meses. Contudo os pacientes do grupo presencial apresentaram redução significativa na décima segunda semana nos escores em *Interpersonal Relations* e *Social Role*, simultaneamente a *Distress*, indicando que são necessários mais estudos para se avaliar como se comportam essas subescalas em diferentes tratamentos. Um aspecto que poderia ser investigado é se o fato de o paciente estar junto fisicamente do

terapeuta ou não ao longo do tratamento influencia os resultados na subescala *Interpersonal Relations*, uma vez que aborda justamente as relações interpessoais. Uma hipótese é a de que os pacientes sintam-se mais à vontade para trabalhar afetos na terapia *online*, expressando esses afetos com impacto negativo nas relações interpessoais, ao menos em um primeiro momento. Tal suposição nos ajudaria a entender porque o grupo *online* só apresentou uma melhora nas relações interpessoais no *follow-up* de 12 meses.

Ainda um fato a ser observado é que, apesar de a média de idade dos pacientes do grupo *online* ter sido significativamente superior à dos pacientes do grupo presencial, não foi observada correlação entre idade e subescalas do OQ-45. Tal achado alinha-se a estudos que indicam ausência de diferenças nos resultados do OQ-45 entre adultos jovens e idosos (Henderson, 2011).

Um dos pontos fortes do estudo é que os pacientes da modalidade via videoconferência buscavam terapia presencial ao responder ao anúncio de jornal e quando foram randomizados para a condição via Skype, aderiram ao tratamento. Outro ponto forte da investigação é que os pacientes via Skype não se encontravam, na sua maioria, na faixa etária dos indivíduos que tipicamente estão familiarizados com a tecnologia (Dunn, K., 2012). Esses achados indicam que adultos de diferentes idades que buscam tratamento psicoterápico e aceitam utilizar a tecnologia podem se beneficiar da psicoterapia psicanalítica via Skype.

Uma das limitações do estudo é o tamanho reduzido da amostra. Seria interessante replicar a investigação com um número maior de participantes e observar se de fato não se encontram diferenças significativas na aliança terapêutica e nos resultados dos dois tipos de tratamento investigados. Também a inclusão de terapeutas do sexo masculino tornaria o estudo mais generalizável.

Outra limitação é a ausência de sintomas definidos como critério de inclusão. Também o fato de as terapeutas da presente investigação não estarem habituadas a realizar psicoterapia psicanalítica de doze sessões, e sim tratamentos psicanalíticos mais longos. É possível que tenha havido diferenças na forma como essas profissionais adaptaram sua prática para uma duração mais curta, especialmente no modo como encaminharam o final do tratamento. Também a falta de utilização de manual que padronizasse a psicoterapia oferecida, e de medidas de adesão ao protocolo, pode ter permitido que discrepâncias em graus elevados tenham ocorrido entre as terapeutas na forma de conduzir o processo.

Ainda um fator que pode ter afetado os resultados é o entusiasmo das terapeutas com a novidade do tratamento mediado pela Internet. Expectativas positivas referentes à prática podem ter enviesado seu comportamento ao longo dos atendimentos.

Conclusão

Neste estudo foram investigados a aliança terapêutica e os resultados do tratamento na psicoterapia psicanalítica pelo Skype em comparação à presencial. Os dados mostraram-se similares nos dois grupos, corroborando a hipótese inicial de que não haveria diferenças significativas entre a psicoterapia psicanalítica *online* e a presencial quanto à aliança e os resultados do tratamento.

O fato de a aliança terapêutica, pouco conhecida na psicoterapia psicanalítica via Skype, ter se estabelecido de forma similar à observada na modalidade presencial indica que podem se desenvolver relações terapêuticas adequadas na prática psicanalítica via videoconferência. Também os resultados semelhantes encontrados em ambas as formas de tratamento mostram que a psicoterapia psicanalítica pelo Skype pode ser tão benéfica quanto a modalidade presencial.

São necessários mais estudos para se conhecer como a psicoterapia psicanalítica opera via Skype. Estudos qualitativos podem nos auxiliar a compreender melhor as peculiaridades e ajustes da transposição da psicoterapia psicanalítica para a videoconferência. Também precisa-se conhecer que tipo de pacientes podem se beneficiar desta forma de atendimento. Mas os resultados deste estudo já apontam para a possibilidade de que a psicoterapia psicanalítica via Skype venha a ser uma prática promissora.

CAPÍTULO V

Título provisório: A relação terapêutica na psicoterapia psicanalítica via Skype na percepção de psicoterapeutas e pacientes

Maria Adélia Minghelli Pieta

William Barbosa Gomes

Resumo

A relação terapêutica online pode equivaler à presencial. Entretanto, pouco se sabe sobre a impressão de terapeutas e pacientes acerca da aliança *online*. Objetivo: descrever as impressões de terapeutas e pacientes sobre a aliança *online*. Método: 12 pacientes e 8 terapeutas responderam a entrevistas semiestruturadas sobre a aliança *online* após finalizarem 12 semanas de psicoterapia psicanalítica via Skype. 6 das terapeutas participaram de grupo focal sobre a aliança *online*. Resultados: 5 temas foram definidos na análise temática: *presença, confiança, conexão, compreensão e participação do paciente*. A presença *online* equivaleu à física e peculiaridades resultaram num balanço favorável. Terapeutas e pacientes estabeleceram confiança e conexão profunda *online*, contribuindo as intervenções das terapeutas e sua capacidade de conectar-se aos pacientes. A compreensão mútua deu-se em nível adequado, apesar de falhas tecnológicas e os pacientes participaram da psicoterapia *online*. Conclusão: terapeutas e pacientes descreveram a relação terapêutica *online* como positiva e similar à presencial.

Palavras-chave: psicoterapia – psicanálise – Internet - aliança terapêutica

Abstract

The online therapeutic relationship may be equal to face-to-face one. However, little is known about the impression of therapists and patients about the online alliance. Method: 12 patients and 8 therapists responded to semi-structured interviews about the online alliance after finalizing a 12-week psychoanalytic psychotherapy via Skype. 6 of the therapists participated in a focus group about online alliance. Results: 5 themes were defined in the thematic analysis: presence, trust, connection, understanding and patient participation. Online presence kept equivalence with physical presence and peculiarities resulted in a favorable balance. Therapists and patients established mutual trust and deep connection online. Mutual understanding was given despite technology failures and patients participated in the online psychotherapeutic process. Conclusion: therapists and patients described the online therapeutic relationship as positive and similar to the face-to-face one.

Keywords: psychotherapy – psychoanalysis – Internet – therapeutic alliance

A psicoterapia psicanalítica pela Internet vem se mostrando uma forma atraente de atendimento psicológico na rede, juntamente com outras abordagens psicoterápicas (Finn & Barak, 2010). Enquanto que a terapia cognitivo-comportamental pela Internet e suas versões computadorizadas têm sido amplamente investigadas e vêm mostrando resultados positivos (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers et al., 2009; Kessler et al., 2009; Germain, Marchand, Bouchard, Guay & Drouin, 2010), não se sabe como a psicoterapia psicanalítica é utilizada ou modificada no ambiente virtual. Há poucos estudos que abordam o tratamento psicanalítico na rede (Fishkin, Fishkin, Leli, Katz & Snyder, 2011) e a transposição de psicoterapias psicanalíticas para versões computadorizadas (Andersson et al., 2012; Johansson et al., 2013). Sabe-se menos ainda como se estabelece a relação terapêutica na psicoterapia psicanalítica pela Internet.

A relação terapêutica é considerada elemento central aos tratamentos psicológicos, associando-se fortemente aos resultados (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Ela pode ser tomada como sinônimo de aliança (Carter, 2006), conceito derivado da psicanálise e desenvolvido por Bordin (1979). Uma aliança forte é caracterizada por um alto grau de relação colaborativa entre terapeuta e paciente e um bom vínculo afetivo entre ambos, com confiança e respeito mútuos, sentimento de gostar e se preocupar um com o outro. Também inclui consenso sobre os objetivos do tratamento e meios para alcançá-lo, com o compromisso ativo e responsabilidade por parte do paciente, e sentimento de que o terapeuta envolve-se da mesma forma (Horvath & Bedi, 2002).

Estudos indicam que a relação terapêutica na terapia *online*, nas mais distintas modalidades - via e-mail, mensagem instantânea, áudio ou videoconferência -, pode equivaler à da psicoterapia tradicional (Richards & Viagano, 2013). Com efeito, escalas de medida de aliança terapêutica utilizadas em intervenções psicoterápicas têm mostrado que as pontuações obtidas nas terapias *online* não diferem significativamente das encontradas nas tradicionais (Bouchard et al., 2004; Cook e Doyle, 2002; Germain et al., 2010; Prado e Meyer, 2006; Preschl, Maercker e Wagner, 2011; Reynolds, Stiles, Bailer & Hughes, 2013). Elementos da relação terapêutica como confiança (Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009), conexão (Bouchard et al., 2004) e empatia (Himle et al., 2006) parecem desenvolver-se também na rede. Apesar das semelhanças com a relação terapêutica presencial, a relação *online* distingue-se dela em aspectos que precisam ser melhor explorados (Cavanagh & Millings, 2013). Nesse sentido, estudos qualitativos têm nos auxiliado a compreender as peculiaridades da relação terapêutica na rede, sugerindo que ela difere das relações face-a-face, mas não necessariamente de modo pior ou melhor (Simpson, Bell, Knox & Mitchell, 2005).

Com o objetivo de avaliar a aliança terapêutica e o progresso dos pacientes na psicoterapia psicanalítica via Skype, realizou-se um estudo comparativo de psicoterapia psicanalítica via Skype x presencial no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade⁴. Paralelamente à referida investigação, utilizaram-se métodos qualitativos para compreender a relação terapêutica na Internet na perspectiva de pacientes e terapeutas que realizaram o tratamento via Skype. O estudo qualitativo justifica-se por três razões. Em primeiro lugar, embora haja um crescente número de pesquisas sobre a relação terapêutica na psicoterapia pela Internet, pouco se conhece sobre como ela se estabelece no contexto brasileiro, com apenas um estudo na área do qual se tem notícia (Prado & Mayer, 2006). Em segundo lugar, apesar de ter-se observado um aumento da prática psicoterápica na rede nas mais diversas abordagens, a relação terapêutica em psicoterapia psicanalítica via Skype é praticamente desconhecida. Em que medida ela se transforma? De que forma terapeutas precisam adaptar a técnica psicanalítica a fim de estabelecer uma boa aliança *online* com os pacientes? Como a aliança é percebida por terapeutas e pacientes nesta nova modalidade terapêutica? Em terceiro lugar, maiores conhecimentos acerca da qualidade da relação terapêutica que se estabelece na psicoterapia psicanalítica via Skype, bem como dos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, podem nos auxiliar a aprimorar e viabilizar esse tipo de atendimento. Em um país de amplas dimensões como o Brasil, com predominância do enfoque psicanalítico na produção científica em psicoterapia (Pinto, Santeiro & Santeiro, 2010) e mais de 100 milhões de usuários da Internet (IBOPE Media, 2013), esta modalidade terapêutica pode ampliar o acesso à psicoterapia.

O objetivo do presente estudo foi descrever as impressões de terapeutas e pacientes acerca da relação terapêutica que se desenvolve na psicoterapia psicanalítica pelo Skype e sobre as implicações da mídia para a aliança e a técnica psicanalítica. Esperamos elucidar certas questões sobre a qualidade do vínculo e do trabalho colaborativo que ocorrem na rede e conhecer aspectos da transposição da psicoterapia psicanalítica para a modalidade via Skype.

⁴ Instituição que oferece cursos de pós-graduação “*lato sensu*” em psicanálise, reconhecidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), pela Associação Brasileira de Ensino da Psicologia (ABEP), e pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). É a primeira instituição no Brasil que desenvolveu um programa de estudos avançados em psicanálise das configurações vinculares.

Método

Realizou-se uma análise temática (Braun & Clarke, 2006) dos relatos de pacientes e terapeutas identificando-se temas e subtemas. A análise temática é um método flexível e livre de analisar padrões nos dados qualitativos, podendo ser utilizada em diferentes abordagens teóricas e epistemológicas.

Participantes

Pacientes

Indivíduos adultos (N=12) (50% do sexo feminino), com idades entre 28 e 83 anos (M = 57.0, DP = 16.4) (83.3% brancos, 16.7% pardos; 41.7% com ensino médio, 58.3% com ensino superior; 58.3% já haviam realizado tratamento psicológico anteriormente; 16,7% faziam uso de medicação psiquiátrica) residentes de Porto Alegre, que haviam participado de estudo comparativo de psicoterapia psicanalítica via Skype x presencial, na condição *online*.

Terapeutas

Psicólogas (N=8) (100% do sexo feminino; 100% de cor branca; idades entre 29 e 63 anos, M = 39.13, DP = 11.17), que realizaram especialização em psicoterapia psicanalítica pelo Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, com carga horária média de 1.374hs de aulas, treinamento e supervisão, na perspectiva do vínculo. As terapeutas estão regularmente inscritas no Conselho Regional de Psicologia (CRP/RS) e possuem de sete a 35 anos de prática clínica (MD = 11.50, IQR = 5.50).

Instrumentos

Os instrumentos de pesquisa foram uma entrevista semiestruturada para terapeutas e pacientes e um grupo focal com terapeutas. A entrevista constituiu-se de um roteiro de tópicos previamente definidos, mas flexíveis na ordenação, incluindo subitens se necessário, ao longo da conversação e da comunicação empática entre entrevistador e entrevistado (Flick, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009; Patton, 2002; Smith, 1995). Foram usados dois roteiros, um para terapeutas (Anexo F) e outro para pacientes (Anexo G). O roteiro focalizou na experiência, contendo perguntas como: “*Descreva sua relação com o(s) paciente(s)*”, “*Você se sentiu conectada com os pacientes? Descreva uma situação*”, “*Descreva sua relação com a terapeuta*” e “*Você se sentiu compreendido(a) pela terapeuta? Descreva uma situação*”. As entrevistas foram realizadas à distância, como utilizado em outros estudos (Breakwell, 2000; Flick, 2009; Fontana & Frey, 2005; Hanley, 2009; Holt, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009; Lobe & Vehovar, 2009; Olson & Russell, 2004). O grupo focal de uma hora de duração com os terapeutas foi realizado após o término das intervenções terapêuticas. A técnica é

praticamente uma instância formal de conversação e de discussão e tem como foco a identificação de áreas problemáticas ou sensíveis durante o atendimento (Barbour, 2009; Flick, 2009; Fontana & Frey, 2005; Kamberelis & Dimitriadis, 2005; Patton, 2002; Silverman, 2010). No presente estudo, foi utilizado como uma base paralela às entrevistas (Barbour, 2009).

Procedimentos

Os participantes (N=20) desta investigação qualitativa são oriundos de estudo comparativo de psicoterapia psicanalítica via Skype x presencial. O recrutamento de pacientes para o referido estudo ocorreu entre junho de 2012 e julho de 2012. A pesquisa foi divulgada no jornal, indivíduos entraram em contato com nosso grupo de pesquisa da UFRGS por telefone ou e-mail e na triagem foram informados de que caso fossem selecionados, seriam sorteados para psicoterapia presencial ou via Skype. Os potenciais participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO H) e responderam ao M.I.N.I. Plus 5.0.0, módulo L “Transtornos psicóticos” (ANEXO A), aplicado por assistentes de pesquisa treinadas. Os 24 pacientes selecionados foram randomizados para a condição *online* ou presencial e preencheram o questionário sociodemográfico (ANEXO B). As terapeutas assinaram o TCLE antes de iniciarem os atendimentos (ANEXO I). As doze sessões de psicoterapia psicanalítica foram realizadas uma vez por semana de julho de 2012 a novembro de 2012. O tratamento baseou-se na teoria e na técnica da psicanálise, utilizando-se o conceito freudiano de inconsciente, a associação livre, a interpretação dos sonhos, o humor e os atos falhos na compreensão dos conflitos inconscientes do paciente (Gomes, Ceitlin, Hauck & Terra, 2008). Utilizaram-se os padrões transferencial e contratransferencial no entendimento dos pacientes, e interpretações extratransferenciais. Após o término do tratamento, os pacientes que realizaram psicoterapia psicanalítica via Skype foram entrevistados pelo Skype pela pesquisadora por 45 min-1 hora. Seis pacientes realizaram as entrevistas desde o Skype da UFRGS e seis pacientes realizaram as entrevistas desde o Skype de suas residências.

As terapeutas foram entrevistadas pelo Skype após o encerramento dos atendimentos por aproximadamente 1 hora. Seis terapeutas realizaram as entrevistas desde suas residências e duas desde seu consultório. Seis terapeutas, posteriormente à finalização das entrevistas individuais, participaram do grupo focal de 1 hora e meia de duração, coordenado pela pesquisadora, em uma sala do Instituto de Psicologia da UFRGS. As duas terapeutas que não participaram do grupo focal não puderam comparecer na data combinada.

Critério de Análise

O referencial normativo desta análise qualitativa fundamenta-se em três conceitos escolásticos (Lanigan, 1997, 2013): 1) *Acta* – o que é para ser relatado como entendimento substanciado; 2) *Data* – o que pode ser demonstrado ou evidenciado; e *Capta* – o que é tomado como entendimento. Qualidade é a medida de um julgamento (Lanigan, 1992). Julgamento decorre da combinação entre modos de expressão e compreensão. Por expressão entende-se toda e qualquer manifestação entre seres comunicantes, no caso dos humanos inclui gesto, fala, e qualquer outra forma de mediação interativa como telefone celular e internet. A função expressiva requer um emissor que é a pessoa (interpessoal) ou a consciência (intrapessoal) que constitui a mensagem (codificação). Por compreensão entende-se a habilidade de interpretar (*Capta*) o que é dado (*Data*) como mensagem (*Acta*). Por sua vez, a função compreensiva requer um receptor que é a consciência (intrapessoal) na qual a mensagem de outra pessoa (interpessoal) é decodificada. A mensagem, enquanto propriedade individual privativa (subjetividade) torna-se supraindividual no processo social e valorativo de codificação/emissão (intersubjetividade), carregando a força motivacional para agir com determinado propósito. Do outro lado, o receptor ao dispor do seu sistema de decodificação para interpretar a mensagem terá que se abster em menor ou maior medida de sua propriedade individual privativa para apreender de modo supraindividual o que é dado (*Data*) a sua compreensão (*Capta*) (Gomes, 1997).

A ampla e genérica conceituação acima é suficiente para apontar os limites de julgamentos e a veracidade de suas medidas. Por isso se diz que o ato de julgar e o de buscar justiça colocam o juízo (*Acta*) em uma condição permanente de ambiguidade. É essa ambiguidade ou imbricação entre fatos (meios empíricos da mensagem, no caso a fala e gesto do participante) e valor (meios eidéticos do entendimento, no caso a compreensão e a teoria dos pesquisadores) que faz da pesquisa qualitativa uma tarefa inacabada, sendo a profusão de métodos qualitativos um esforço por melhor acabamento. Daí a máxima: cada pesquisador qualitativo um método (Braun & Clarke, 2006). Neste estudo, o critério de análise fundamenta-se na fenomenologia descritiva, na semiótica e na comunicologia ou culturologia, o que circunscreveu a presente metodologia (Gomes, 2007; Hall, 1979; Lanigan, 1992; Patton, 2002). O viés interpretativo teve como referência as interatividades, contrastes e lacunas entre literatura e depoimentos dos participantes.

Sabe-se que a busca por melhor acabamento ou pelo método que melhor atende aos interesses do pesquisador não resolve a ambiguidade, seja na defesa de uma ideia ou grupo, seja na elucidação de uma dúvida ou questão. Contudo, tal busca se operacionaliza por

escolhas (ética) que como modo de encaminhamento se transformará em boa ou má ambiguidade, isto é, em uma retórica ética ou em uma ética retórica (Lanigan, 1988; Gomes, 2007; Gomes & Souza, 2000; Merleau-Ponty, 1945). A retórica ética caracteriza a pesquisa cuja dominância é a questão ou problema que se quer esclarecer, sejam quais forem os resultados. Em contraste, ética retórica caracteriza a pesquisa cuja dominância está na ideologia ou na teoria do pesquisador.

A presente análise, comprometida com a retórica ética, assume que a ambiguidade é inerente à interpretação, cabendo à explicação (*Acta*) orientar-se pela combinação transparente entre *Data* e *Capta*. Nesta pesquisa, os dados foram obtidos por meio de um roteiro de entrevistas e de um grupo focal, informados pela literatura e pelos objetivos da investigação. A análise dos dados realizou-se inicialmente sobre a entrevista de cada paciente, bem como de sua terapeuta e, após a finalização de todas as entrevistas, passou-se para o grupo focal. As entrevistas e o grupo focal constituíram o *data corpus*. Como o interesse de análise foi a relação terapêutica pela Internet, somente os trechos das entrevistas e do grupo focal que se relacionaram ao assunto foram transcritos pela pesquisadora e codificados. Esse material constituiu o *data set* para análise. As transcrições de cada participante e do grupo focal (respectivamente, *data items*) foram lidas na íntegra e, com base na literatura, aspectos consagrados como relevantes à relação terapêutica pela Internet, bem como questões de pesquisa foram procurados no material (*Capta*). Trechos que exemplificavam os aspectos buscados em cada *data item* eram destacados e agregados em temas provisórios. Em um novo documento iam sendo listados os temas provisórios e junto de cada um iam sendo inseridas as falas correspondentes, que por sua vez iam recebendo títulos que compunham subtemas transitórios. Ajustes e reconfigurações nos temas, subtemas e falas ilustrativas iam sendo realizados à medida que se avançava na leitura e na análise do material. Por fim, a primeira autora propôs cinco temas com seus respectivos subtemas e falas correspondentes. O segundo autor leu os temas, subtemas e excertos ilustrativos e, novamente, reorganizou o material. A discussão entre os dois pesquisadores resultou, então, na organização final dos dados. A interpretação (*Capta*) progrediu da síntese da descrição dos padrões semânticos identificados para uma comparação com a literatura. A partir daí buscou-se ampliar as implicações do material obtido com arazoamentos e suporte na literatura. A exposição quem vem a seguir (*Acta*) está organizada na forma tradicional de resultados e discussão, sendo os resultados a descrição qualitativa (1ª fase da análise), e a discussão, trazendo especificação e interpretação qualitativa (2ª e 3ª fases da análise). As três fases da análise seguiram os padrões sugeridos

por Patton (2002): descrição qualitativa, definição ou especificação qualitativa, interpretação qualitativa.

Consideração Éticas

O estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução número 196/1996 do Ministério da Saúde e Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS em protocolo de número 21666.

Resultados

Os temas referentes à relação terapêutica encontrados foram: *presença, confiança, conexão, compreensão e participação do paciente*. Inicialmente oferece-se uma síntese interpretativa de cada tema e de seus desdobramentos no processo psicoterápico e após o material é reapresentado, com excertos literais das entrevistas e do grupo focal.

Presença

No atendimento psicoterápico tradicional paciente e terapeuta estão na presença física um do outro. A principal mudança do atendimento presencial para o atendimento *online* é a separação física entre paciente e terapeuta. Assim, a percepção de presença na sua constituição interpessoal reversiva (do terapeuta para o paciente – do paciente para o terapeuta) foi um dos temas explorados nas entrevistas e no grupo focal.

Com efeito, o estar presente no meio virtual ensejou inquietações, reflexões, análises, opiniões, e avaliações de terapeutas e pacientes. A principal questão é a equivalência: sendo diferente em sua forma, a presença *online* manteria equivalência com a presença física dos tratamentos tradicionais? Se há equivalência, quais as variantes e invariantes que, ao modificar-se a forma, mantêm o foco substancial? Há nas falas das entrevistas e do grupo focal o reconhecimento de perdas e ganhos na presença *online* com destaque para dois aspectos básicos na comunicação: o visual e o verbal. A presença virtual se realiza pelo computador que é ao mesmo tempo presença e meio. O meio pelo qual alguém em sofrimento pode alcançar atendimento psicológico. A variação do meio foi sentida e expressa na experiência comunicativa como inibição/desinibição, segurança/insegurança, simetria e liberdade. As terapeutas tiveram que lidar com a experiência de encontrar o ponto de conforto e segurança técnica diante do novo meio, sem perder a lisura dos procedimentos psicoterápicos que deve transcender e ao mesmo tempo se adequar aos diferentes meios. Os

aspectos abordados por terapeutas e pacientes quanto à presença foram designados e demarcados nesta análise descritiva por equivalências que se realizam completa ou incompletamente, na comunicação visual, na comunicação auditiva, nas peculiaridades e surpresas associadas ao novo meio. Também nos cuidados especiais exigidos e na reflexão que, ao tempo em que reconhece a necessidade de se partir para novas modalidades de atendimento psicológico, não deixa de ponderar sobre as limitações e impedimentos. A descrição deste primeiro aspecto das falas das entrevistas e grupo focal conclui com a indicação de que a presença *online* requer novos parâmetros de compreensão e explicação. A ordem da exposição dará primazia aos excertos das falas das terapeutas e dos pacientes, tendo como guia pontuações da questão em debate.

A descrição da percepção de presença na relação interpessoal entre terapeuta e paciente, como indicador qualitativo de compreensão e proposição, argumenta:

1. Que a presença *online* (virtual) sugeriu equivalências à presença real, embora diferenças sejam reconhecidas;

P9T5⁵: *“Eu só não consigo tocar. Acho que o dia que eu conhecer vai ser igual.”*

T6: *“Tem muito mais semelhança do que diferença. A diferença é basicamente o lance do toque.”*

2. Que a presença *online*, embora traga equivalências, introduz reformulações ao conceito de presença;

P1T1: *“É uma pseudodistância”*

T2: *“Mesmo que longe, nós estávamos muito perto.”*

3. Que a presença *online* facilita a expressão do paciente;

T7: *“A presença impõe. Tem todo o espaço, tem o jeito que o outro respira, se mexe... talvez com o Skype isso não fique tão forte, permita que a pessoa se entregue mais rapidamente e fale mais questões.”*

P12T8: *“O terapeuta tem uma figura imperativa, de cima para baixo... Na tela senti menos isso do que se estivesse na frente da minha terapeuta.”*

P5T3: *“Não estar fisicamente junto, né, presente, deixa a gente mais à vontade para falar.”*

4. Que a presença *online* mostra-se segura;

P6T4: *“Se eu vou explicar que eu tenho um defeito físico - que as pessoas não notam porque eu estou de roupa -, a pessoa pode ficar curiosa e quer ver. Esse é o problema. Se for através do computador não pode mandar eu tirar a roupa.”*

⁵ Pacientes são indicados por PxTy (paciente x tratado pela terapeuta y) e terapeutas, por Tx.

5. Que na condição *online* o olhar da câmera é o olhar do terapeuta e do paciente, mediando o sentimento de presença por indicadores comunicacionais responsivos e realimentadores;

P5T3: *“Parece que a gente está se vendo olho-no-olho. Isso para mim foi importante.”*

T5: *“Parecia que se eu olhasse na câmera e sustentasse aquilo era mais enfática a coisa. E aí eles paravam e ficavam prestando atenção.”*

6. Que na condição *online*, considerando a mediação da câmera, o computador assume a função simbólica de presença;

P4T3: *“Já olho para o computador como meu amigo, como um acesso a uma terapia. Me baixou a ansiedade.”*

7. Que na condição *online*, o efeito comunicador e modulador de voz pela audição foram referidos como parte intrínseca de presença;

P8T5: *“Senti o calor humano pelo tom, a maneira de falar, as palavras que são utilizadas, isso eu senti de uma forma carinhosa, afetuosa, me senti acolhido.”*

T5: *“A voz, a entonação, isso é muito importante, ajuda muito e é a mesma coisa que no consultório.”*

O compartilhamento da presença *online* agrega situações e comportamentos incomuns ao atendimento tradicional:

1. Que na presença *online*, pacientes se apresentaram à câmera com aspecto displicente, barba por fazer, (P11T7) ou ainda, sem sequer se levantar da cama (P9T5), apontando para nuances depressivas que provavelmente estariam encobertas no tratamento tradicional;
2. Que na presença *online*, a câmera sugeriu paralelos ao divã, na liberdade e desinibição proporcionadas;

T8: *“Ter um computador e ele poder se abaixar ali e manter aquela distância, é como se para ele funcionasse como um divã... Eu também não me senti olhada, que é como um analista que atende em divã... Acho que é bom para o terapeuta estar à vontade.”*

T5: *“Eu acho que sim.”* [Concordando no grupo focal]

A presença *online* proporcionou às terapeutas sentirem-se mais à vontade quanto ao atendimento, mas exigiu cuidados complementares quando os atendimentos foram realizados de casa:

1. As terapeutas buscaram não deixar transparecer na presença *online* elementos domésticos que pudessem revelá-las;

T3: *“Cachorro te mostra, né, mostra bastante, mostra uma boa parte tua...”*

2. As terapeutas procuraram aparecer em ambientes neutros;

T8: *“Eu tentava colocar de um jeito que não parecesse um quarto, que pegasse só a parede, tirava as coisas de cima da cômoda, meu porta-joias.”*

A percepção da presença *online* levantou questionamentos das terapeutas sobre limitações desta modalidade de atendimento, em termos de alcance, sentimento de completude e realização, e indicação a certos tipos de pacientes, como psicóticos e *borderlines*.

1. Qual a completude e realização de um atendimento *online*?

P10T6: *“Dá para fazer pelo Skype? Dá. Faltou alguma coisa? Faltou. Essa parte de ver a pessoa, a linguagem corporal e conhecer... um contato pelo menos, o primeiro.”*

T3: *“Eu não senti falta disso [linguagem corporal]. Mas penso que pudesse ser bem importante para alguns momentos de mais tensão, assim, que eu pudesse pegar mais elementos.”*

2. Para as terapeutas o atendimento *online* seria contraindicado para pacientes psicóticos e *boderline*

T2: *“Psicóticos não, pacientes que tenham uma questão mais adesiva.”*

T6: *“Border, nem pensar. São pacientes que atuam muito.”*

Os muitos desafios introduzidos pela presença *online*, o reconhecimento das adaptações técnicas necessárias e o compromisso de se lançar em um projeto novo e desconhecido, com sérias implicações éticas, foram sintetizados nos excertos que concluem esse primeiro tópico da análise descritiva.

T2: *“Todas as sessões eu ficava muito cansada. Eu ficava ansiosa... eu queria muito que ela percebesse que eu estava ali de algum jeito, mesmo que distante. E deu certo, eu acho, né, pelo que ela trazia para mim dessa experiência.”*

P3T2: *“Eu senti aquele interesse dela em tudo aquilo que eu estava falando... Eu senti que ela estava muito presente, prestando muita atenção no que eu falava. Era uma compreensão, um carinho, uma terapeuta mesmo.”*

Confiança

A terapia pelo Skype pode suscitar apreensão devido ao que corre no senso popular sobre a não confiabilidade das relações na Internet. A confiança, ingrediente fundamental à

aliança terapêutica e de especial interesse no contexto da relação virtual, foi o segundo tema concebido a partir das entrevistas com pacientes e terapeutas, e do grupo focal.

O fato de o estudo ser oferecido por uma universidade pública de prestígio favoreceu a confiança, mas também levantou dúvidas. No entanto, as dúvidas foram se dissipando no decorrer das sessões, conforme compreensão da pesquisadora sobre as falas de pacientes e terapeutas. Contribuíram para a confiança, como manifestado por pacientes, as características da terapeuta, as colocações, o manejo, bem como os sentimentos despertados como gostar da terapeuta e simpatizar com ela. A confiança das terapeutas nos pacientes, por sua vez, relacionou-se ao compromisso deles com o sigilo – acordado de antemão e incluindo o cuidado com o *setting* - e a seriedade com que encararam as sessões. A descrição apresentada acima apoia-se na compreensão do conjunto das falas, ilustradas pelos excertos que seguem.

1. A confiança no atendimento *online* teve início a partir da credibilidade na instituição responsável pelo projeto da pesquisa;

P5T3: *“Todo mundo diz: ‘Cuidado com a Internet!’ Confiei nela, primeiro porque eu confiei na UFRGS.”*

T7: *“Antes de me conhecer ele se vinculou à pesquisa... já entrou de coração aberto.”*

2. O qualificante decisivo no estabelecimento da confiança foi o modo como a terapeuta se apresentou ao encontro e a condução *online*;

P7T4: *“Ela era muito sincera, muito natural e não dava voltas e isso me inspirava confiança.”*

T7: *“No começo ele estava tendo um vínculo de confiança, então eu dosava um pouco a interpretação, o que eu ia falar, porque ele já estava trazendo toda essa questão do mundo hostil.”*

3. A confiança se consolidou na reciprocidade entre terapeutas e pacientes quanto à seriedade e o compromisso, dissipando receios quanto à privacidade;

T6: *“Tinha uma obra perto da casa dele... e ele sempre me avisava que estava com a janela baixada por causa da obra. Que é o cuidado que eu vejo. Eles têm conosco e a gente com eles.”*

T3: *“Com relação ao compromisso, era visto por elas uma lei a gente estar ali.”*

Conexão

O fato de pacientes e terapeutas estarem ligados em rede poderia alterar significativamente o vínculo que é conhecido na relação terapêutica tradicional. Será que

pacientes e terapeutas sentiram-se de fato ligados, em sentimentos e emoções, enquanto conectados em rede, distantes geograficamente uns dos outros?

A conexão foi sentida no diálogo, na risada, no conteúdo da conversa, no olho-no-olho, na troca de sentimentos e emoções e até no silêncio. Para pacientes, a conexão foi percebida como profunda união, trabalho em conjunto nas tarefas e objetivos do tratamento. A conexão se fez presente no estar junto, no sentir junto. Terapeutas fizeram referências a esse sentimento de conexão como tão ou até mais forte do que numa relação presencial. Mesmo as falhas na conexão digital não impediram que pacientes e terapeutas se sentissem ligados; ao contrário, foi justamente a ligação entre ambos que lhes permitiu suplantar os problemas tecnológicos. Por meio da conexão que se estabeleceu entre os dois, terapeutas e pacientes ajudavam uns aos outros na ocorrência de falhas tecnológicas, destacando-se a habilidade das terapeutas em conduzir o processo. O inconsciente foi apontado pelas terapeutas como manifestando-se no transcurso. A empatia surgiu de um gostar da terapeuta, de suas colocações e da forma como conduziu o processo. Excertos que ilustram a análise descritiva apresentada são exibidos a seguir.

1. A conexão *online* (relação interpessoal) ocorreu do mesmo modo que numa relação presencial;

T1: *“Eu sentia a conexão pelas lágrimas nos olhos dela, tirar os óculos, as risadas... ela ria dali, eu ria daqui, contagiava.”*

P4T3: *“Naquele momento que liga o Skype e tu tem aquela pessoa do outro lado, existe uma conexão muito grande... tu e a pessoa estão unidas e juntas trabalhando com o mesmo objetivo...”*

2. A conexão *online* foi qualificada pela relação empática;

P7T4: *“É tu olhar para a pessoa, gostar dela e o que ela falar ser certo, bater com o que tu tava sentindo.”*

3. A conexão na relação *online* se mostrou forte, sentida por vezes como mais intensa que na relação presencial

T2: *“Em todos os momentos ela se emocionou muito, eu via que ela estava me sentindo junto com ela. Aquela coisa de que mesmo que eu estava aqui, a gente poder fazer o silêncio, ela entrar em alguns momentos de conexão, que tinha alguém escutando, alguém ouvindo.”*

T3: *“Eu me sentia muito mais conectada com as pacientes via Skype do que a presencial. A minha parte psicanalítica foi muito mais aguçada. Vinha coisa, a*

associação livre, e eu falava, depois já entramos em sonhos, parecia que estava a florando em mim também.”

4. Houve superação na conexão relacional *online* quanto a falhas tecnológicas como congelamentos, ausência de som ou imagem, e de desligamentos involuntários;

P2T1: *“Às vezes congelava a imagem e a gente ficava só com o áudio. Não me perdi em nenhum momento do foco. Sabia que ela estava ali me ouvindo, sabia que em algum momento a coisa ia se resolver. Era bem separada a parte técnica da Internet da profundidade que a gente estava no contato.”*

P12T8: *“Em nenhum momento as interrupções interferiram na continuidade da minha conversa com a terapeuta. Mesmo no caso que houve problema com o laptop da terapeuta e tivemos de suspender, na sessão seguinte retomamos. Acho que o principal é a capacidade da terapeuta de saber lidar com esse tipo de procedimento.”*

T3: *“Eu penso que a vinculação já estava feita para... a gente poder remarcar, que a coisa não estivesse perdida.”*

5. Mesmo superáveis e superadas, as falhas técnicas ensejaram sentimentos de angústia e insegurança, principalmente nas terapeutas;

T7: *“Era uma pessoa que estava esperando a semana toda aquele contato, que estava ansiosa e aí eu confesso que eu tinha que ter manejo porque ele não conhecia computador, não conhecia Internet, não conhecia Skype, então eu não podia passar a minha angústia para ele, né.”*

T2: *“Em alguns momentos que eu senti contratransferencialmente insegurança, ela inconscientemente vinha me acalmar ‘Não me entendeu? Eu volto’, ‘Está me escutando?’. Ela fazia essa contrapartida.”*

6. Falhas na conexão de Internet atrapalharam, mas não comprometeram a compreensão entre terapeutas e pacientes.

Compreensão

O modo como terapeutas e pacientes comunicam entre si a mutualidade de sentimentos e de atitudes é um qualificante da relação terapêutica. A compreensão por ambas as partes é essencial para a disposição e acordo de tarefas e objetivos do tratamento. Sem compreensão mútua, a intervenção supostamente não vai adiante.

O tema compreensão foi explorado e comentado nos relatos de pacientes e terapeutas. Pelos relatos obtidos, pode-se entender que o nível compreensivo foi adequado aos propósitos

do tratamento. O elemento novo que surge nos depoimentos é a referência surpreendente ao alto nível alcançado de compreensão, considerando-se a utilização do meio virtual. Elementos como o olhar, colocações claras das terapeutas e sinalizações aos pacientes de estarem, eles próprios, compreendendo e sendo compreendidos foram importantes no transcurso. Falhas na tecnologia restringiram a compreensão mútua, mas não impediram o entendimento entre pacientes e terapeutas. Aspectos da técnica terapêutica utilizada foram retomados pelas terapeutas, com reconhecimento da necessidade de manejo diferenciado de elementos psicanalíticos como associação livre e silêncio. Por fim, pistas do ambiente dos pacientes serviram às terapeutas para uma maior compreensão do que expressavam. A seguir os excertos ilustrativos da experiência de compreender em psicoterapia *online*.

1. Foram reconhecidos como qualificantes da compreensão decodificação de mensagens não verbais, foco na intervenção, clareza do que foi dito e certeza na simultaneidade de entendimento;

P10T6: *“Eu até me surpreendia com a capacidade que ela tem de captar as coisas. Às vezes eu queria dizer uma coisa, enrolava, ela pegava aquilo no ar e conversava.”*

T6: *“O que mais me espantou é tudo que eu conseguia captar de manifestações do paciente. Eu podia perceber no semblante, no tom da voz.”*

P2T1: *“Sempre ela foi muito prática, objetiva, clara. Colocava as coisas dentro de uma realidade compreensível, isso também ajudou bastante.”*

P12T8: *“Era uma espécie de feedback que ela me dava para ver se ela estava entendendo o que eu estava dizendo e se eu queria dizer exatamente aquilo que ela pensava que eu dizia.”*

2. A compreensão, a associação livre, o silêncio e as falhas na conexão digital;

T3: *“Quando a conexão era normal, a coisa era normal. Nas sessões com muitas falhas, tinha que voltar, juntar na minha mente as coisas, porque quando a pessoa está falando na associação livre, vai falando. Tem que voltar em que ponto? A sensação de ter perdido o fio da meada.”*

T1: *“Para uma pessoa que nunca fez psicoterapia, ainda mais pelo Skype, entender o silêncio, eu acho que é um pouco complicado. No consultório tem a questão da atenção flutuante. Daqui a pouco o paciente diz ‘Ah, nem sei onde estava, me perdi’ e ali tu espera do que que vai vir a produção seguinte. No Skype tu também pode fazer isso, mas se eu deixar o paciente no vácuo eu vou me sentir*

mal, porque ele também está se sentindo mal, e aí vem as perguntas: 'Tu tá me escutando?', 'Tá tudo certo?'

O silêncio perpassou o atendimento *online*, sendo percebido e manejado por terapeutas de acordo com a experiência e as convicções, como exemplifica o excerto seguinte:

T7: *"Teve momentos em que eu ouvi muito, fiquei em silêncio."*

3. Pistas visuais do ambiente do paciente que apareciam na tela serviram de indicadores para compreensão;

T2: *"Ela dava um jeito de trazer coisas que ela queria falar para trás da câmera. Botou a caixa gigante atrás dela, queria que eu perguntasse, aí eu perguntei 'Que que tem ali' e ela disse 'Tu viu, é o ar que eu comprei. Eu fiquei pensando sobre aquilo que a gente conversou sobre bem-estar, eu comprei um ar'."*

Participação do paciente

Um importante elemento da relação terapêutica é a atividade do paciente, o quanto que ele participa e se envolve de modo engajado e efetivo no processo psicoterápico. Terapeutas destacaram que os pacientes *online* pareciam ser mais efetivos que os presenciais, indo direto ao ponto. O mesmo destaque veio da fala dos pacientes, quanto à relação via Skype. Elementos que sustentam essa posição quanto ao atendimento *online* incluem o preparo do *setting* pelos pacientes, a assiduidade nas sessões, cumprimento de horário, e disposição para lidar com a tecnologia envolvida. Por conseguinte a adesão se mostrou na realização de tarefas acordadas na terapia e na autodeterminação em se ajudar. Os excertos ilustrativos são apresentados a seguir.

1. Participação *online* mostrou-se mais direta em comparação à terapia presencial;

T5: *"No Skype a gente ocupava o tempo super bem, entrava na tarefa, entrava na terapia. O paciente presencial parecia que me teria a vida toda, talvez pela segurança do concreto, de eu estar ali, então ficava em rodeios..."*

P4T3: *"O Skype é mais rápido, é direto, tu diz aquilo, sabe, não tem outras implicações."*

2. A adesão ao tratamento *online* implica na cooperação entre paciente e terapeuta na preparação do *setting*, mesmo em lugares inusitados, mas privativos;

T6: *"Tinha uma disposição dos dois para manter o setting, porque no consultório, a gente que se preocupa em manter o setting."*

P2T1: *“Eu criei um ambiente no banheiro. Daí eu botava a mesa, o computador. E ali eu fechava a porta e tinha a privacidade necessária para fazer isso. Pedia para não me chamarem que eu estava em terapia e isso era respeitado.”*

A adesão dos pacientes ao tratamento, com assiduidade nas sessões e cumprimento do horário foi interpretada pelas terapeutas como indicativa de participação no processo.

3. O interesse em lidar com a tecnologia foi forte indicador de adesão e participação;

T5: *“Não conheciam nada de Skype, mas estavam muito confortáveis com essa coisa de informática: ‘Ah, vamos vendo, vamos tentando.’ Ninguém se inibiu.”*

4. Pacientes mostravam-se dispostos a realizar as tarefas combinadas na terapia;

P3T2: *“Todo o dia depois da terapia eu ficava imaginando e procurando por em prática tudo aquilo que de bom eu tinha conseguido, que tinha vindo para mim.”*

5. O atendimento *online* facilitou o comparecimento à sessão, mesmo em situações adversas;

P9T5: *“Eu estava muito chateada, não queria tomar banho, sair de casa. E aí tu não precisa sair de casa, a terapia vem para ti. Mas tu tem que estar receptiva. Não adianta tu chegar para mim e me dizer coisas, eu dizer coisas para ti, desligamos o aparelho e eu... caio de novo. Eu tenho que fazer, não é tu... O paciente acho que é oitenta por cento do processo.”*

Discussão

A relação terapêutica que se estabeleceu na psicoterapia via Skype manteve equivalência com a relação conhecida na modalidade presencial. A equivalência foi interpretada a partir das semelhanças apontadas entre o estar junto *online* e o estar próximo fisicamente, bem como com base em aspectos encontrados na relação *online* típicos da relação presencial. Elementos como calor, afeto, confiança, conexão, empatia, sentimentos de gostar e de se preocupar um com o outro, interesse, compreensão, envolvimento e colaboração foram experimentados por pacientes e terapeutas nas sessões *online*. Todavia a mudança da forma como se deu a relação na rede trouxe novos ingredientes. Paralelamente à maior liberdade e espontaneidade de se estar ligado a alguém de quem se está separado fisicamente, observou-se um esforço em se adaptar à mídia digital, compensar a frieza do meio e superar falhas tecnológicas. Alterações da técnica psicanalítica foram necessárias à adaptação à rede, em prol da aliança. Uma incursão na literatura pode nos auxiliar a

compreender melhor as invariantes e variantes da relação terapêutica *online* em comparação à presencial e as imposições da mediação à técnica psicanalítica.

Invariantes

O sentimento de terapeutas e pacientes de estarem juntos, embora ligados em rede, é conhecido como *telepresença*, a percepção ilusória de não-mediação (Lombard & Ditton, 1997). A *telepresença* é fator central ao desenvolvimento de relações terapêuticas profundas na rede (Anthony, 2000; Hanley, 2004; Himle et al., 2006) e é comum em atendimentos via videoconferência, que se aproximam da terapia presencial devido ao recurso de áudio e vídeo (Manhal-Baugus, 2001). Com efeito, a verbalização das terapeutas passou calor aos pacientes, o olho-no-olho foi considerado importante (sendo recomendado neste tipo de atendimento, *see* Yuen et al., 2013) e as terapeutas puderam identificar os sentimentos dos pacientes por meio da imagem na tela, facilitando a empatia. O calor, o olho-no-olho e a identificação dos sentimentos dos pacientes sabidamente contribuem para o desenvolvimento da aliança (Bedi, Davis & Williams, 2005).

A confiança, a conexão interpessoal e a compreensão entre pacientes e terapeutas estabeleceram-se de forma similar ao observado nas terapias presenciais. Os pacientes confiaram nas terapeutas baseando-se nas características da profissional e nas suas intervenções. A confiança é cognitiva (uma questão de opinião ou predição de que eventos ocorrerão de certa forma ou que pessoas se comportarão de determinada maneira), afetiva (uma questão de sentimento) ou conativa (uma questão de escolha ou vontade) (Koehn, 2003). Esses elementos parecem ter espaço para ocorrer nas relações *online* (Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009), em que se observa alto nível de confiança dos pacientes (Day & Schneider, 2002; Reynolds, Styles e Grohol, 2006). Também as terapeutas, quando certificadas de que os pacientes mantinham o sigilo referente ao *setting*, confiaram neles provavelmente pelas mesmas razões.

A conexão foi facilitada pelo senso de presença que o Skype proporciona (Bouchard et al., 2004), com elementos visuais e auditivos forjando a ligação entre um polo e outro da relação (i.e., risadas e lágrimas). O Skype, ao que tudo indica, é uma mídia que permite um contato profundo. A contratransferência das terapeutas é exemplo desse liame e já foi observada em tratamento psicanalítico via Skype por Fishkin et al. (2011), que a consideraram semelhante à dos atendimentos psicanalíticos presenciais.

Embora as propriedades do Skype tenham auxiliado no estabelecimento do vínculo, provavelmente foram o treinamento e as características pessoais das terapeutas que levaram à capacidade de conectar-se aos pacientes (Gomes et al., 2008). Pode-se ponderar que esse

aspecto seja mais determinante à constituição do vínculo do que a modalidade de tratamento, se via Skype ou presencial.

Os elementos que permitiram aos pacientes identificar a empatia das terapeutas também não diferem dos documentados na literatura sobre psicoterapia presencial: cognição, afeto e comportamento (Falcone, Gil & Ferreira, 2007). A compreensão acurada das terapeutas (componente cognitivo), sua preocupação com o bem-estar dos pacientes (componente afetivo) e a forma como comunicaram seu entendimento ao longo do processo (componente comportamental) indicaram empatia. Os recursos de áudio e vídeo do Skype auxiliaram na compreensão empática, permitindo que as terapeutas captassem por meio de som e imagem a gama variada de afetos expressos pelos pacientes (*see* Himle et al., 2006).

Um fator que contribuiu para a compreensão mútua, que independe da mídia utilizada e que é relevante em qualquer modalidade psicoterápica foi o empenho da díade terapeuta-paciente em tornar a comunicação clara. A novidade aqui é que, mesmo mediada pelo Skype, a clarificação da comunicação foi bem sucedida, mostrando que a mídia não impede o processo.

Variantes

A mediação alterou aspectos da relação terapêutica que merecem exame. Os sentimentos de desinibição, de segurança, de simetria na relação e de maior liberdade para falar de si experimentados pelos pacientes são comuns na psicoterapia via videoconferência (Backhaus et al., 2012; Chae, Park, Cho, Hong & Cheon, 2000; Himle et al., 2006; Simpson et al., 2005) e nas outras modalidades de terapia *online* (Richards & Vigano, 2013). Tais sentimentos foram apontados desde as primeiras teorizações em terapia pela Internet (Suler, 2000) e são vistos como uma forma de os pacientes experimentarem intimidade sem perder o controle, se sentir invadidos, escrutinados e envergonhados (Simpson et al., 2005). Para certos indivíduos, essa pode ser a primeira oportunidade de desenvolverem uma relação próxima em um *setting* seguro, com algum senso de controle. Na história da psicanálise, há registro de pacientes que se beneficiaram de atendimento a distância até que conseguissem expressar emoções junto ao analista (Saul, 1951), sendo essa forma de tratamento indicada para indivíduos que têm medo da proximidade física (Kaplan, 2000). Por outro lado, ainda não se sabe que tipo de paciente pode realizar uma terapia contando apenas com a presença *online* do terapeuta. Surpreendentemente, psicóticos podem ter resultados positivos em tratamento via videoconferência (Sharp, Kobak & Osman, 2011).

A desinibição de pacientes e terapeutas no atendimento *online* decorre, em parte, da semelhança com a psicanálise tradicional, em que o analista senta atrás do paciente, sem ser

visto, permitindo ao paciente dizer o que vem à cabeça, sem se sentir inibido pelas reações do analista (Gedge, 2002). Todavia enquanto que as terapeutas desinibiram-se diante da tela – como se estivessem atrás do divã - inibiram-se ao omitir elementos do entorno. Com efeito, ocultar esses elementos evita que sejam estimuladas fantasias nos pacientes sobre o terapeuta (Fishkin et al., 2011).

O curioso é que o vínculo, o qual se esperaria que fosse prejudicado pelas falhas na conexão digital, ao contrário, ajudou a superar as adversidades tecnológicas. Pode-se ponderar que um bom vínculo terapêutico é capaz de suplantar problemas na conexão do Skype em prol do tratamento. Todavia para assegurar condições adequadas ao atendimento *online* a *American Psychological Association* tem diretrizes claras. O terapeuta deve ser competente na tecnologia utilizada, possuir conexão de Internet e equipamentos adequados para o atendimento *online* e informar o paciente dos requisitos necessários (Barnett, 2011). Quanto melhor a conexão digital e os recursos tecnológicos, melhores as condições de tratamento (Yuen et al., 2013). Nesse sentido, Fishkin et al. (2011) observaram em análise via videoconferência que quando a conexão digital e os equipamentos são de boa qualidade, o Skype torna-se neutro ao processo; nem acrescenta nem diminui ao trabalho terapêutico. Contudo no presente estudo, quando a conexão digital era boa, elementos da técnica psicanalítica como associação livre e sonhos acentuaram-se nas sessões. É possível que a transposição da psicoterapia psicanalítica presencial à modalidade via Skype fomenta esse fenômeno, aproximando-a da análise tradicional. Já quando ocorreram falhas tecnológicas nas sessões, a associação livre, a atenção flutuante e o silêncio foram prejudicados.

O silêncio merece destaque. Ele é fundamental na psicoterapia psicanalítica para o entendimento da relação terapêutica, dos conflitos do paciente, de suas defesas, resistências e necessidades relacionais (Christogiorgos et al., 2010). O silêncio do terapeuta pode comunicar segurança, compreensão e contenção, ou então, se não for hábil, distância, desinteresse ou falta de conexão. Quando o terapeuta não está junto fisicamente do paciente, reforça-se a necessidade do manejo adequado do silêncio para que não seja mal interpretado. Indivíduos que não estão familiarizados com psicoterapia talvez tenham maiores dificuldades em entender o silêncio nas sessões via Skype.

A diminuição/aumento de pistas visuais foi outra novidade na psicoterapia psicanalítica via Skype. Ao lado da perda da linguagem corporal - e dos recursos utilizados para compensá-la (*see* Himle et al., 2006; Mitchell, Meyers, Swan-Kremeier & Wonderlich, 2003) -, houve o ganho dos elementos do entorno dos pacientes que apareciam na tela, bem como nuances depressivas que dificilmente seriam observadas no consultório. Fishkin et al.

(2011) consideraram no atendimento psicanalítico via videoconferência que o Skype concede a cada parte do processo terapêutico um olhar direto no mundo do outro. Os elementos visuais do entorno do paciente com que os terapeutas passam a lidar no atendimento via Skype podem suscitar toda sorte de interpretações, ampliando sua compreensão acerca do paciente.

A participação em grau elevado dos pacientes na terapia *online* (Cook & Doyle, 2002; Day & Schneider, 2002; Holmes & Foster, 2012; Jøraas, Rimehaug, Birkeland & Arefjord, 2009) é atribuída, em parte, à maior liberdade de os pacientes se expressarem nesta modalidade terapêutica. O envolvimento ativo do paciente com o *setting* também pode ser interpretado como contribuindo para esse fenômeno. Todavia, sem o estabelecimento da aliança, dificilmente tal participação seria observada, pois uma boa relação com o terapeuta aumenta a probabilidade de o paciente se engajar na psicoterapia (Goldfried & Davila, 2005).

As terapeutas atingiram o grau de conforto necessário ao estabelecimento de uma boa aliança, possivelmente por serem favoráveis à mídia (Germain et al., 2010), escolhendo participar da pesquisa. Os pacientes, por sua vez, sentiram-se confortáveis com a tecnologia nas sessões, o que auxiliou no processo psicoterápico. Sabe-se que o grau de aceitação/satisfação de pacientes e terapeutas com o meio utilizado no tratamento influencia seu curso (Proudfoot et al., 2011).

Os pacientes não sabiam que receberiam a psicoterapia via Skype e mesmo assim aderiram ao tratamento, apesar de não estarem na faixa etária daqueles indivíduos que tipicamente estão familiarizados com a tecnologia (Dunn, K., 2012). Esse achado indica que adultos de diferentes idades que buscam tratamento psicoterápico e aceitam utilizar a tecnologia podem se beneficiar da psicoterapia psicanalítica via Skype.

Conclusão

Este estudo descreveu as impressões de terapeutas e pacientes acerca da relação terapêutica que se desenvolve na psicoterapia psicanalítica via Skype. Enquanto que há relativamente um número pequeno de estudos qualitativos sobre a relação terapêutica na rede, não se sabe de nenhuma investigação focada exclusivamente na relação que se estabelece na psicoterapia psicanalítica via Skype.

O estudo mostrou que pacientes e terapeutas são capazes de estabelecer uma relação terapêutica de qualidade na psicoterapia psicanalítica via Skype, semelhante à que se forma na modalidade presencial. As terapeutas solucionaram as diferenças e peculiaridades na constituição da aliança *online* por meio da capacidade de se conectar com os pacientes e da habilidade de conduzir o processo terapêutico, incluindo adaptação da técnica psicanalítica. A

partir desses achados, sugere-se que a psicoterapia psicanalítica pode ser transposta para a versão via Skype e tornar-se uma prática promissora.

Uma das limitações do estudo foi a de que participaram dele somente terapeutas do sexo feminino. Outra limitação foi o fato de as terapeutas não terem recebido treino em atendimento via Skype, nem contarem com boa conexão e bons equipamentos para as sessões. Condições ótimas de treino, conexão e equipamentos podem nos mostrar de forma mais fidedigna como se altera a técnica psicanalítica quando mediada pelo Skype. Novos estudos poderiam se voltar para este ponto.

CAPÍTULO VI

Discussão geral e considerações finais

Discussão geral

Na parte teórica desta tese, a revisão da literatura indicou que a aliança terapêutica é elemento central aos tratamentos psicológicos, contribuindo fortemente para os resultados. A relação terapêutica que se estabelece na psicoterapia pela Internet difere da relação da psicoterapia presencial, mas equivale a ela em certa medida. Ganhos e perdas são observados na forma como terapeutas e pacientes se relacionam na rede e, mesmo diante de tais oscilações, os tratamentos psicológicos *online* mostram-se efetivos. A psicoterapia pela Internet é prática corrente em diferentes países e os resultados destes tratamentos são animadores. Mais estudos podem indicar recomendações da prática e formas de implementá-la. O Brasil carece de pesquisas na área e esse pode ser um campo promissor de estudos em psicologia em nosso país.

Na parte empírica desta tese, uma análise conjunta dos dados quantitativos e qualitativos sobre a relação terapêutica que se estabeleceu na psicoterapia psicanalítica via Skype indicou convergência entre os escores da aliança *online* (quanti) e os relatos de participantes nas entrevistas e grupo focal (quali). As médias no *Working Alliance Inventory* (WAI) foram altas em todos os momentos da avaliação (quanti) e as falas de pacientes e terapeutas foram favoráveis à relação que se estabeleceu na rede (quali). Sentimentos positivos como calor, empatia, confiança, interesse, conexão, compreensão mútua, colaboração, entre outros, foram expressos pelos participantes como perpassando o tratamento (quali), o que convergiu com a manutenção estável da aliança nos três tempos em que foi medida (quanti).

A pontuação alta dos participantes simultaneamente nas três subescalas do WAI (quanti) - corroborando a teoria de que *Task*, *Bond* e *Goal* estão associadas (Horvath & Greenberg, 1989) - converge com conteúdos de suas falas. Por exemplo, pacientes espontaneamente relataram que percebiam que estavam conectados com suas terapeutas quando trabalhavam juntos nas tarefas e objetivos do tratamento (quali), o que foi interpretado como *Bond* ligando-se a *Task* e *Goal*.

Concernente à subescala *Bond*, excertos que afirmam a conexão relacional e a intensidade com que o vínculo se estabeleceu na rede (quali) são confirmados quando observamos os altos índices na subescala *Bond* do WAI na modalidade *online* (quanti). Esses índices não diferiram significativamente dos observados na condição presencial, indicando

que o vínculo na rede pode ser tão profundo quanto o de uma relação terapêutica presencial. Ressalte-se que o único parâmetro comparativo com a psicoterapia presencial foi o quantitativo, pois o estudo qualitativo não contemplou relatos de pacientes acerca da relação terapêutica presencial.

Para que um bom vínculo *online* tenha se estabelecido, como observado nos contextos quantitativo e qualitativo, considera-se que os pacientes sentiram-se efetivamente compreendidos por suas terapeutas, tal qual eles informaram em seus relatos. As altas médias obtidas em vínculo na condição *online* auferidas pela subescala *Bond* nos três momentos da avaliação (M 73.92 [DP 9.93], M 72.17 [DP 11.31], M 75.58 [DP 8.87]) corresponderam a relatos nas entrevistas sobre se sentir efetivamente compreendido pela terapeuta, como indicado nas falas dos pacientes: “*a capacidade que ela [terapeuta] tem de captar as coisas*” (P10T6); [a terapeuta] “*colocava as coisas dentro de uma realidade compreensível*” (P2T1). Há relatos que indicaram a compreensão mútua no processo terapêutico como no excerto: “*Era uma espécie de feedback que ela [terapeuta] me dava para ver se ela estava entendendo o que eu estava dizendo e seu queria dizer exatamente aquilo que ela pensava que eu dizia*” (P12T8). Note-se que, se tal compreensão não tivesse ocorrido, não haveria como se chegar a um acordo sobre as tarefas e objetivos do tratamento, aspectos medidos pelo WAI. Ao contrário, a pontuação de pacientes e terapeutas também foi alta em *Task* e *Goal* no WAI, indicando que houve um entendimento de ambos sobre as tarefas e objetivos do tratamento. Ademais, as terapeutas mostraram em testes *t* pareados - comparando a primeira e a última avaliação - um incremento significativo em *Goal* na condição *online*. Uma interpretação possível para esse achado é a de que percebendo os pacientes *online* como mais diretos e participativos, as profissionais sentiram os pacientes como mais colaboradores, como exemplificam as palavras da terapeuta (T5): “*No skype a gente ocupava o tempo super bem, entrava na tarefa, entrava na terapia. O paciente presencial parecia que me teria a vida toda, talvez pela segurança do concreto, de eu estar ali, então ficava em rodeios*”. A colaboração inclui o processo ativo de trabalhar em conjunto em busca dos objetivos do tratamento (Tryon & Winograd, 2011). É possível que quanto mais as terapeutas percebessem os pacientes como colaboradores, mais sentissem que os objetivos do tratamento se constituíam e se consolidavam e mais alto pontuassem em *Goal*. Essa colaboração dos pacientes no processo psicoterápico *online* percebida pelas terapeutas pode ter contribuído para os resultados positivos no tratamento. Esses resultados foram consistentes com os achados de Tryon e Winograd (2011) em metanálise de 19 estudos. Os autores reportaram que quando paciente e terapeuta estabelecem uma relação cooperativa os resultados tendem a ser melhores.

Também pode ter contribuído para o aumento da pontuação em *Goal* o fato de os pacientes encontrarem maior facilidade para se expressar na modalidade *online*, como expresso em seus depoimentos e trocarem um maior número de informações com suas terapeutas (exemplo: “*Não estar fisicamente junto, né, presente, deixa a gente mais à vontade para falar*” [P5T3]). Com mais informações, as terapeutas poderiam traçar mais rapidamente os objetivos do tratamento em conjunto com os pacientes. A celeridade do processo (“*O Skype é mais rápido, é direto, tu diz aquilo, sabe, não tem outras implicações*” [P4T3]), pode ter influenciado a rápida recuperação dos pacientes no grupo *online* conforme medida pelo *Outcome Questionnaire* (OQ-45). Esse achado é congruente com a percepção de pacientes e terapeutas de que o processo psicoterápico pelo Skype transcorre de modo mais acelerado.

Apesar de o atendimento *online* propiciar a alguns pacientes uma participação em grau mais elevado do que a observada na psicoterapia tradicional, como documentado na literatura, caso os pacientes não tivessem estabelecido uma boa aliança com suas terapeutas, dificilmente as profissionais os perceberiam como participando ativamente da psicoterapia. Uma boa relação com o profissional aumenta a probabilidade de o paciente se engajar nas técnicas terapêuticas, ou seja, participar do processo (Goldfried & Davila, 2005). O engajamento dos pacientes nas técnicas terapêuticas permite a implementação bem sucedida dessas técnicas, a qual concorre para o sucesso da terapia. Tal fenômeno pode nos auxiliar a compreender os resultados positivos encontrados no tratamento via videoconferência no estudo quantitativo.

Contudo, convém considerar o efeito novidade implícito na presente pesquisa, o que pode ter influenciado positivamente os resultados obtidos na análise quantitativa, e claramente verbalizados e refletidos nas longas entrevistas e grupo focal realizados para a análise qualitativa. De qualquer modo, vivemos intensamente a transição de modos, costumes e meios de vida, e os recursos tecnológicos e midiáticos ocuparão cada vez mais espaço no nosso cotidiano. É alentador e promissor entender e evidenciar que um recurso tão vital à saúde mental, como os acompanhamentos e tratamentos psicológicos, estará também disponível pela Internet, telefonia celular, *tablets* e outros dispositivos que haverão de surgir. As evidências obtidas sugerem fortemente mudanças na regulamentação de tratamentos psicológicos via Internet.

Considerações Finais

Na parte empírica desta tese foram investigados a aliança terapêutica e os resultados do tratamento na psicoterapia psicanalítica pelo Skype em comparação à presencial. Os dados mostraram-se similares nos dois grupos, corroborando a hipótese inicial de que não haveria diferenças significativas entre a psicoterapia *online* e a presencial quanto à aliança e os resultados do tratamento. Pacientes e terapeutas relataram satisfação com a relação que se

estabeleceu na rede, dado que convergiu com os altos índices apresentados no WAI no grupo *online*. Tais achados convergem com resultados de estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior sobre a aliança terapêutica e efetividade da psicoterapia pela Internet.

Elementos da aliança terapêutica, considerada central ao tratamento, que antes se acreditava que só ocorriam na terapia tradicional, apareceram de forma similar na modalidade *online*. Tal achado, somado a dados do estudo de Prado e Meyer (2006) favoráveis à aliança terapêutica que se estabelece na terapia via e-mail, pode ser interpretado como, na nossa cultura, a aliança terapêutica *online* tendendo a se comportar de forma semelhante à que ocorre na terapia tradicional.

Conforme diversos autores já vêm apontando, não se pode dizer que a aliança terapêutica dá-se de forma melhor ou pior na terapia *online*, mas sim diferente. Há perdas e ganhos nessa nova modalidade de relação terapêutica, mas os pontos negativos não parecem prejudicar a aliança. Relatos de pacientes e terapeutas mostraram no presente estudo que ajustes podem ser realizados em prol de uma boa relação *online*. Também a efetividade do tratamento não parece prejudicar-se na modalidade *online*. Ao contrário, no presente estudo a psicoterapia pelo Skype apresentou resultados positivos, os quais se mantiveram no *follow-up* de 12 meses.

São necessários mais estudos para se avaliar e compreender a relação terapêutica nas diferentes formas de psicoterapia pela Internet, e como as distintas modalidades de tratamento operam na rede. Ainda não se sabe que tipo de paciente pode se beneficiar da terapia *online* e qual forma de tratamento pode oferecer melhores resultados para determinada demanda. Todavia, dados preliminares já apontam para a possibilidade de se estabelecerem relações terapêuticas apropriadas na rede e de os pacientes obterem ganhos com o atendimento *online*. A partir desses achados, abrem-se caminhos para que se considere a psicoterapia pela Internet como uma prática promissora e para que novos estudos sejam realizados nessa modalidade terapêutica no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C. et al. (2001). Empirically supported therapy relationships: conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy, 38*(4), 495-497.
- Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology, 37*(2), 155-172. doi: 10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x
- Alexander, F. G. (1963). The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory. *American Journal of Psychiatry, 120*, 440-448.
- Alexander, F. G., & Selesnick, S. T. (1968). *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente* (A. Arruda Trans.). São Paulo: IBRASA
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. NY: The Guilford Press.
- Anchin, J. C. (2008). Comment: integrating methodologies in the scientific study of interpersonal psychotherapy: a reaction to “therapist immediacy in brief psychotherapy: case study I and case study II”. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 316-319.
- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behavioural Therapy, 38*, 196-205.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behavioural Therapy, 38*, 55-60.
- Arnkoff, D. B. & Glass, C. R. (1995) Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 657-694). Washington DC: American Psychological Association.
- Arkowitz, H. (1995). Integrative theories of therapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 261-303). Washington DC: American Psychological Association.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2/4), 109-160.

- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 38(1), 4-17.
- Barnett, J. E. (2011). Utilizing technological innovations to enhance psychotherapy supervision, training, and outcomes. *Psychotherapy*, 48(2), 103-108.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Bedi, R., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy (Chic)*, 42(3), 311-323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, Vol 49(3), 158-169.
- Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., Karlsson, A. et al. (2010). Internet versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry*, 10(54), 1-10.
- Biocca, F., Harms, C., & Gregg, J. (2001). The networked minds measure of social presence: Pilot test of the factor structure and concurrent validity. Retrieved November 15th 2013 from www.mindlab.org
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P., & Lapierre, J. (2004). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine Journal and E-health*, 10(1), 13-25.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Breakwell, G. M. (2000). Interviewing. In G. M Breakwell, S. Hammond and C. Fife-Schaw (Eds), *Research methods in psychology* (239-250). London: SAGE
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-157.
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chic)*, 47(4), 631-636. doi: 10.1037/a0022080

- Carrad, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Golay, A., & Van der Linden, M. (2011). Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy* 49, 482-491.
- Carter, J. (2006). Theoretical pluralism and technical eclecticism. Goodheart, C. D. (2006). Evidence, endeavor, and expertise in psychology practice. In D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet*. (pp. 63-80). Washington, DC: American Psychological Association
- Cartreine, J. A., Ahern, D. K., & Locke, S. E. (2010). A roadmap to computer-based psychotherapy in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 18(2), 80-95.
- Ceitlin, L. H. F., & Cordioli, A. V. (2008). O início da psicoterapia. In A. V. Cordioli (Ed.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (2nd ed) (pp. 125-148). Porto Alegre: Artmed.
- Ceitlin, L. H. F., Manfro, G. G., Jung, S. I., & Cordioli, A. V. (2008). Pesquisa em psicoterapia. In A. V. Cordioli (Ed.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (2nd ed) (pp. 830-850). Porto Alegre: Artmed.
- Christogiorgos, S., Vassilopoulou, V., Florou, A., Xydou, V., Douvou, M., Vgenopoulou, S., & Tsiantis, J. (2010). Telephone counselling with adolescents and countertransference phenomena: particularities and challenges. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(3), 313-325, DOI: 10.1080/03069885.2010.482394
- Cluver, J. S., Schuyler, D., Frueh, B. C., Brescia, F., & Arana, G. W. (2005). Remote psychotherapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(3), 157-159.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Especifica e qualifica a psicoterapia como prática do psicólogo. *Resolução CFP N° 010/2000*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP N°003/2000. *Resolução CFP N° 012/2005*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2012). Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP N°12/2005.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2008). *Sistematização do Seminário Nacional “2009: Ano da Psicoterapia”*. Retrieved July 1st, 2011 from http://www.crpsp.org.br/psicoterapia/sistematizacao_1.aspx
- Conselho Reginal de Psicologia de São Paulo (2011). *Psicologia On-Line São Paulo 2011*. Discutindo as dimensões do atendimento psicológico a distância. Retrieved November

20th

2011

from

http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/webtv_2011_10_06_1/webtv_2011_10_06_1.html

- Contel, J. O. B., & Oliveira, J. F., Jr (2005). Foco, estrutura e conteúdo da interpretação integrativa em psicoterapia de grupo (PG) de longa duração. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 27(1), 57-62 .
- Cook, J. E., & Carol Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95-105.
- Cordioli, A. V. (1998). As psicoterapias mais comuns e suas indicações. In A. V. Cordioli (Ed.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (2nd ed) (pp. 19-34). Porto Alegre: Artmed.
- Cuijpers, P., Marks, I. M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 66–82.
- Cushman, P. (1995). Psychotherapy to 1992: a historically situated interpretation. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 21-64). Washington DC: American Psychological Association.
- Day, S., & Schneider, P. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 49(4), 499–503.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.)(pp. 1-32). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Diaz-Martinez, A. M., Interian, A., & Waters, D. M. (2010). The integration of CBT, multicultural and feminist psychotherapies with Latinas. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(3), 312–326.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chic)*, 48(3), 237-248. doi: 10.1037/a0022425.
- Dunn, K. (2012). A qualitative investigation into the online counselling relationship: To meet or not to meet, that is the question. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 12(4), 316-326. DOI: 10.1080/14733145.2012.669772
- Eagle, M. N., & Wolitzky, D. L. (1995). Psychoanalytic theories of psychotherapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 109-158). Washington DC: American Psychological Association.

- Ehrenwald, J. (1976). *The History of Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Eizirik, C. L., Liberman, Z., & Costa, F. (2008). A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In A. V. Cordioli (Ed.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (3rd ed) (pp. 74-84). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. M. O., Gil, D. B., Ferreira, M. C. (2007). Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 451-461.
- Ferreira, E. B. (2006). *Um estudo da relação entre o padrão transferencial e a aliança terapêutica de pacientes em psicoterapia psicanalítica*. Unpublished masters dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE
- Finn, J., & Barak, A. (2010). A descriptive study of e-counsellor attitudes, ethics, and practice. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 10(4), 268-277.
- Fishkin, R., Fishkin, L., Leli, U., Katz, B., & Snyder, E. (2011). Psychodynamic Treatment, Training, and Supervision Using Internet-Based Technologies. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(1) 155–168.
- Fletcher-Tomenius, L., & Vossler, A. (2009). Trust in online therapeutic relationships: The therapist's experience. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 24–34.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3rd ed.) (J. E. Costa, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: perspectives from developmental psychopathology*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2005). The interview: from neutral stanced to political involvement. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.)(pp. 695-727). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Freud, S. (1989). A dinâmica da transferência. In J. Strachey (Ed.) *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 12* (J. O. A. Abreu Trans.) (pp. 133-143) (Original work published 1912). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1989). Fragmento da análise de um caso de histeria. In J. Strachey (Ed.) *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 7* (V. Ribeiro Trans.) (pp. 16-116) (Original work published 1905). Rio de Janeiro: Imago
- Gainsbury, S., & Blaszczyński, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31, 490–498.

- Gedge, R. (2002). Online counseling services in Australia: the challenges of a new vehicle for an old art. Retrieved September 20, 2010 from ausweb.scu.edu.au/aw02/papers/refereed/gedge2/paper.html
- Gelso, C. J. (2011). Emerging and continuing trends in psychotherapy: Views from an editor's eye. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(2), 182-187.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuentès, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy: Initial validation of the therapist form. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 640-649. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.640
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35.
- Gilliéron, E. (1986). *As psicoterapias breves*. (V. Ribeiro Trans.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Glass, C. R. & Arnkoff, D. B. (1995). Behavior therapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 657-694). Washington DC: American Psychological Association.
- Godleski, L., Nieves, E., Darkins, A., & Lehmann, L. (2008). VA telemental health: suicide assessment. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 271-286.
- Goldfeld, P. R. M. (2005). *Um estudo da contratransferência em um grupo de psicoterapeutas de orientação psicanalítica frente a relatos de situações traumáticas*. Unpublished masters dissertation, Univerisade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Practice and Training*, 42, 421-430.
- Goldstein, W. N. (2000). The transference in psychotherapy: the old vs. the new, analytic vs. dynamic. *American Journal of Psychotherapy*, 54(2), 167-171.
- Gomes, F., Ceitlin, L. H., Hauck, S., & Terra, L. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 30(2), 109-114.
- Gomes, W. B. (1997). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. *Psicologia USP*, 8(2), 305-336.

- Gomes, W. B. (2007). Distinção entre procedimentos técnico e lógico na análise fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13, 228-240.
- Gomes, W. B., & Castro, T. G. (2010). Clínica fenomenológica: do método de pesquisa para a prática psicoterapêutica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 103-116.
- Gomes, W. B. & Souza, M. L. (2000). Ética e fenomenologia na formação em psicologia. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 08(02) , 183-193.
- Greene, C. J., Morland, L. A.; Macdonald, A., Frueh, B. C., Grubbs, K. M., & Rosen, C. S. (2010). How does tele-mental health affect group therapy process? Secondary analysis of a noninferiority trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 746-750.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press
- Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E., & Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy*, 42(2), 276-283.
- Grudtner, R. R. (2009). *Estudo da contratransferência e sua associação com características do paciente em psicoterapia de orientação analítica* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).
- Gullo, S., Lo Coco, G., & Gelso, Charles (2012). Early and later predictors of outcome in brief therapy: The role of real relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 614-619. doi: 10.1002/jclp.21860
- Hall, E. T. (1979). *Beyond culture*. New York: Anchor Press; Doubleday.
- Hanley, T. (2009). The working alliance in online therapy with young people: preliminary findings. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 257-269.
- Harms, C., & Biocca, A. (2004). Internal consistency and reliability of the networked social presence measure. In M. Alcaniz & B. Rey (Eds.), *Seventh Annual International Workshop: Presence 2004*. Valencia, Spain: Universidad Politecnica de Valencia.
- Hartley, D. & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, Vol. 1 (pp. 1-37). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Hatcher, R. & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy (Chic)*, 43(3), 292-299. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.292
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12-25.

- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol 83*(2), 145-159. doi: 10.1348/147608309X471497
- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., et al. (2011) Internet-Based Cognitive Behavior Therapy vs. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *PLoS ONE* 6(3), e18001.
- Henderson, R. C. (2011). *The generation of recovery curves for older adults: An examination of how older adults change in psychotherapy*. Unpublished thesis, The University of Utah, USA.
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, M. L., Lokers, L. M., Abelson, J. L., & Hanna, G. L. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1821-1829.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø. et al. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consult. Clin. Psychol.*, 79(5), 697-706. doi: 10.1037/a0024863
- Holt, A. (2010). Using the telephone for narrative interviewing: a research note. *Qualitative Research, 10*(1), 113–121.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy (Chic)*, 38(4) 365-372. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.365
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O, Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 9–16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Lester Luborsky, L. (1993) The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Horwitz, L. (1974). *Clinical prediction in psychotherapy*. New York: Jason Aronson

- Hycner, R. (1997). A base dialógica. In R. Hycner & L. Jacobs (Eds), *Relação e cura em Gestalt-terapia* (pp. 29-49) (E. Plass & M. Portella Trans.). São Paulo: Summus
- Jardim, A., & Gomes, W. B. (2009). Psicoterapia e personalidade: impacto da interação entre terapeuta e paciente na avaliação de resultados. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 2-11.
- Johansen, A. B., Lumey, M., & Cano, A. (2011). Effects of video-based therapy preparation targeting experiential acceptance or the therapeutic alliance. *Psychotherapy (Chic)*, 48(2), 163-169. doi: 10.1037/a0022422
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. et al. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 438-448. doi: 10.1037/a0019245
- Jøraas, T., Rimehaug, T., Birkeland, M. S., & Arefjord, K. (2009). E-therapy as a follow-up supplement to outpatient treatment of adolescents: A qualitative study of therapist experiences. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(4), 355-361.
- Jung, C. G. (1991). *A prática da psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência* (4th ed.) (M. L. Appy Trans.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original work published 1935).
- Kahtuni, H. C. (2003). *Psicoterapia breve psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana* (3rd ed.). São Paulo: Editora Escuta.
- Kamberlis, G., & Dimitriadis, G. (2005). Focus groups: strategic articulations of pedagogy, politics, and inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.) (pp. 887-907). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Kazdin, A. E., & Hersen, M. (1980). The current status of behavior therapy. *Behavior Modification*, 4(3), 283-302. DOI: 10.1177/014544558043001
- Kernberg, O. F. (1995). *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões* (M. E. Z. Schestatsky, trans.). Porto Alegre: Artmed
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., & Sharp, D. J. et al. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*, 374, 628-634. doi:10.1016/S0140-6736(09)61257-5
- King, R., Bambling, M., Lloyd, C., Gomurra, R., Smith, S., Reid, W., & Wegner, K. (2006). Online counselling: The motives and experiences of young people who choose the Internet instead of face to face or telephone counseling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 169-174.

- Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mithcell, J. et al. (2009). Internet-Based Treatment for Panic Disorder: Does Frequency of Therapist Contact Make a Difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100–113.
- Klein, B., Mitchell, J., Abbott, J., Shandley, K., Austin, D., Gilson, K. et al. (2010). A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: Pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 635–644.
- Klein, M. (1986). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In J. Riviere (Ed), *Os progressos da psicanálise* (3rd ed) (A. Cabral, Trans.) (pp. 313-343). Rio de Janeiro: Guanabara. (Original work published 1952).
- Koehn, D. (2003). The nature of and conditions for online trust. *Journal of Business Ethics*, 43, 3-19.
- Kohut, H. (1989). *Como cura a psicanálise?* (J. O. A. Abreu, Trans.) Porto Alegre: Artmed.
- Koocher, G. P., & D'Angelo, E. J. (1995). Evolution of practice in child psychotherapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 457-492). Washington DC: American Psychological Association.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Lambert, M. J., & Archer, A. (2006). Research findings on the effects os psychotherapy and their implications for practice. In D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Orgs.), *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet* (pp. 111-130). Washington: American Psychological Association
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001).Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chic)*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., Burlingame, G. L., Umphress, V. J., Hansen, N. B., Vermeersch, D., Clouse, G., & Yanchar, S. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 106-116.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159-172.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 72-79. doi: 10.1037/a0022238

- Lanigan, R. (1988). *Phenomenology of communication: Merleau-Ponty' thematic in communicology and semiology*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press
- Lanigan, R. (1992). *The human science of communicology: A phenomenology of discourse in Foucault and Merleau-Ponty*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press
- Lanigan, R. (1997). Capta versus Data: Método e evidência em comunicologia (C. H. Kristensen, Trans.) *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(1), 17-45. (Original published in English, 1994)
- Lanigan, R. (2013). Communicology and culturology: Semiotic phenomenological method applied small group research. *The Public Journal of Semiotics*, 28, 71-103.
- Leibert, T., Archer Jr., J., Munson, J., & York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of Internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(1), 69–83.
- Liff, Z. A. (1995). Psychoanalysis and dynamic technics. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 571-586). Washington DC: American Psychological Association.
- Litz, B. T., Engel, C. C., Bryant, R. A., & Papa, A. (2007). A Randomized, Controlled Proof-of-Concept Trial of an Internet-Based, Therapist-Assisted Self-Management Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1676–1683.
- Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(4), 359-367. doi: 10.1037/a0022426
- Lobe, B., & Vehovar, V. (2009). Towards a flexible online mixed method design with a feedback loop. *Quality & Quantity*, 43, 585–597.
- Lombard, M., & Ditton, T. (1997). At the heart of it all: The concept of presence. *Journal of Computer Mediated Communication*, 3(2). Retrieved 24 November, 2013, from <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120837730/HTMLSTART>
- Luborsky, L ., Crits-Christoph, P ., Alexander, L ., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcome of psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med.*,40(1) 9-24.

- Macdonald, W., Mead, N., Bower, P., Richards, D., & Lovell, K. (2007). A Qualitative Study of Patients' Perceptions of a 'Minimal' Psychological Therapy. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 23-35. doi: 10.1177/00207640060666841
- MacGregor, A., Hayward, L., Peck, D. F., & Wilkes, P. (2009). Empirically grounded clinical interventions: client's and referees' perceptions of computer-guided CBT (FearFighter). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 1-9.
- Magalhães, P.V. S. (2006). *Impacto do estilo defensivo na psicoterapia breve da depressão pós parto* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas).
- March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(5), 474-487.
- Marcolino, J. A. M., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86. doi: 10.1590/S1516-44462003000200006
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1987, June). *Therapeutic alliance and outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy of later-life depression*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Ulm, West Germany.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337-350. doi: 10.1037/a0015169
- Marmarosh, C. L., & Kivlighan Jr., D. M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352-367. doi: 10.1037/a0028907
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- McKenna, K. Y. A., & Bargh, J. A. (2000). Plan 9 from cyberspace: The implications of the Internet for personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 57-75. doi:10.1207/s15327957pspr0401_6
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Éditions Gallimard.

- Miclea, M., Miclea, S., Ciuca, A. M., & Budău, O. (2010). Computer-mediated psychotherapy. Present and prospects. A developer perspective. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal, Vol 14(3)*, 185-208.
- Mitchell, J. E., Meyers, T., Swan-Kremeier, L., & Wonderlich, S. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine. *European Eating Disorders Review, 11(3)*, 222-230.
- Moore, D., Guthmann, D., Rogers, N., Frakeer, S., & Embree, J. (2009). E-therapy as a means for addressing barriers to substance use disorder treatment for persons who are deaf. *Journal of Sociology & Social Welfare, 36(4)*, 75-92.
- Morland, L. A., Hynes, A. K., Mackintosh, M. A., Resick, P. A., & Chard, K. M. (2011). Group cognitive processing therapy delivered to veterans via telehealth: a pilot cohort. *Journal of Traumatic Stress, 24(4)*, 465-469.
- Mucic, D. (2010). Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. *Journal of Telemedicine and Telecare, 16(5)*, 237-242.
- Müller, J. M. (2011). Evaluation of a therapeutic concept diagram. *European Journal of Psychological Assessment, 27(1)*, 17-28.
- Neimeyer, R. A., Kazantzis, N., Kassler, D. M., Baker, K. D., Fletcher, R. (2008). Group cognitive behavioural therapy for depression outcomes predicted by willingness to engage in homework, compliance with homework, and cognitive restructuring skill acquisition. *Cognitive Behaviour Therapy, 37(4)*, 199-215.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. (2006). Prologue. In C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds) *Evidence-based practices in mental health* (pp. 3-12). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. In C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds) *Evidence-based practices in mental health* (pp. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 48(1)*, 4-8.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 48(1)*, 98-102.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to

- Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172. DOI: 10.1002/jclp.20272
- Oliveira, C. I., Pires, C. A. & Vieira, T. M. (2009). A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 637-645.
- Oliveira, L. T. (2008). *Um estudo da relação entre o vínculo parental e a transferência em psicoterapia psicanalítica* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).
- Olson, M. M., & Russell, C. S. (2004). Understanding change in conjoint psychotherapy: inviting clients to comment upon the validity of standardized change scores. *Contemporary Family Therapy* 26(3), 261-278.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via Internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257.
- Peres, R. S. (2009). Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 383-389.
- Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2010). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11:189.
- Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband, L. & Andersson, G. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting Internet intervention research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 82-97.
- Rangé, B., & Souza, C. R. (1998). Terapia cognitiva. In A. V. Cordioli (Ed.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (2nd ed) (pp. 209-224). Porto Alegre: Artmed.
- Rank, O. (1947). *Will therapy and truth and reality* (J. Taft Trans.). New York: Alfred A. Knopf
- Reed, G. M., & Eisman, E. J. (2006). Uses and misuses of evidence: managed care, treatment guidelines, and outcomes measurement in professional practice. In D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet*. (pp. 13-35). Washington: American Psychological Association
- Reynolds, D. J, Stiles, W. B., & Grohol, J. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 164-168.

- Rice, L., & Greenberg, L. S. (1995). Humanistic approaches to psychotherapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 197-224). Washington DC: American Psychological Association.
- Richards, D., & and Vigano, N. (2013). Online Counseling: A Narrative and Critical Review of the Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 994–1011. DOI: 10.1002/jclp.21974
- Richert, A. J. (2006). Narrative psychology and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(1), 84–110.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269–283.
- Rogers, Carl. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, Vol 21(2), 95-103.
- Roudinesco, E. (2005). *O paciente, o terapeuta e o Estado*. (A. Telles, Trans.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Safran, J. D. (2002). *Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança* (R. C. Costa Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. NY: The Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). *Resolving therapeutic impasses* [DVD]. Santa Cruz, CA: Customflix.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 80-87. doi: 10.1037/a0022140
- Santos, A. P. C. (2005). Terapia na rede: um estudo sobre a clínica mediada pelo computador na realidade brasileira. In *Psicologia e informática: desenvolvimento e progresso* (pp. 157-174). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Saul, L. J. (1951). A note on the telephone as a technical aid. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 287-290.
- Saunders, S. M. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 206-218.

- Scaturro, D. J. (2001). The evolution of psychotherapy and the concept of manualization: An integrative perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(5), 522-530.
- Scharff, J. F. (2012). Clinical issues in analyses over the telephone and the internet. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 81–95.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 47(4), 637–645. doi: 10.1037/a0021175
- Sharp, I. R., Kobak, K. A., & Osman, D. A. (2011). The use of videoconferencing with patients with psychosis: a review of the literature. *Annals of General Psychiatry*, 10:14.
- Siegel, A. M. (2005). *Heinz Kohut: e a psicologia do self* (P. H. B. Rondon Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silverman, D. (2010). *Um livro bom, pequeno e acessível sobre pesquisa qualitativa* (R. Rubenich, Trans.). Porto Alegre: Bookman.
- Simpson, S. (2003). Video counselling and psychotherapy in practice. In S. Goss, & K. Anthony (Eds), *Technology in counselling and psychotherapy practice: A practitioners' guide* (pp. 109–128). Basingstoke: Palgrave–Macmillan.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: a route to client empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 156-165.
- Smith, J. A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J. A. Smith, R. Harré, & L. Van Langenhove (Eds.) *Rethinking methods in psychology* (pp. 8-26). London: SAGE.
- Smith-Hansen, L., Constantino, M. J., Piselli, A., & Remen, A. L. (2011). Preliminary results of a video-assisted psychotherapist workshop in alliance strategies. *Psychotherapy (Chic)*, 48(2), 148-162. doi: 10.1037/a0022184
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 629-642.
- Stamm, B. H. (1998). Clinical Applications of Telehealth in Mental Health Care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 536-542.
- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-

- repair hypothesis: are productive relationships U-Shaped or V-Shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stricker, G. (2010). A second look at psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 397-405.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 599-606. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.011
- Suler, J. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 151-159. doi:10.1089/109493100315996
- Sundfeld, A. C. (2000). Abordagem integrativa: reterritorialização do saber clínico? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 251-257.
- Taber, B., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy (Chic)*, 48(4), 376-80. doi: 10.1037/a0022066
- Tanenbaum, S. J. (2005). Evidence-based practice as mental health policy: Three controversies and a caveat. *Health Affairs*, 24(1), 163-173.
- Titov N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24,18-23.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M., G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 49, 441-452.
- Trijsburg, R. W., Colijn, S., & Holmes, J. (2007). Integração em psicoterapia. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.) *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (M. F. Lopes & R. C. Costa Trans.) (pp. 624-641). Porto Alegre: Artmed.
- Tryon, G., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2008). The magnitude of client and therapist working alliance ratings. *Psychotherapy (Chic)*, 45(4), 546-551. doi: 10.1080/10503300701320611
- Tryon, G., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 50-57. doi: 10.1037/a0022061
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T., C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291-302. DOI: 10.1037/a0027895

- Vanderbos, G. R., Cummings, N. A., & Deleon, P. H. (1995). A century of psychotherapy: economic and environmental influences. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 65-102). Washington DC: American Psychological Association.
- Vermeersch, D. A., Lambert, M. J., & Burlingame, G. (2000). Outcome Questionnaire: Item Sensitivity to Change. *Journal of Personality Assessment*, *74*(2), 242-261.
- Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Is It Sensitive to Changes in Counseling Center Clients? *Journal of Counseling Psychology*, *51*(1), 38-49. DOI: 10.1037/0022-0167.51.1.38
- Vernmark, K., Lenndin, J., Carlsson, M., Öberg, J., Carlbring, P., Eriksson, T., Andersson, G. (2010). Internet administered guided selfhelp versus individualized e-mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 368-376.
- Walker, N. (1957). *A short history of psychotherapy in theory and practice*. London: Routledge & Kegan Paul
- Wallerstein, R. S. (1989). Psychoanalysis and psychotherapy: a historical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, *70*, 563-591.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychology as a healing practice: culture, history and methods. *Applied and Preventive Psychology*, *10*(2), 69-86.
- Wolf, A. W. (n.d.) *Evidence-based psychotherapy relationships: What works in general*. Retrieved May 12 in 2011 from:
<http://search.apa.org/search?facet=classification%3aTherapy&query=task%20force>
- Yalom, I. D. (1980). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yazvac, J. (2010). Website compliance with ethical guidelines by psychologists and professional counselors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, pp. 5855
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Formand, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabind, S., Goodwind, C., Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*, 389- 397.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, *37*, 369-376.
- Zetzel, E. R. (1971). A developmental approach to the borderline patient. *The American Journal of Psychiatry*, *127*(7), 867-871.

Zimerman, D. E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXO A

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P.

Lépine

Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan

University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTA MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARR O	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o (a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s)?	NÃO		SIM	3
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO		SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o (a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído (a)?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achava estranho ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você? COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM: Atualmente eles acham suas idéias estranhas?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM		11
b	SE SIM: Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM: Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>		
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?	→ NÃO SIM		
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?	→ NÃO SIM 18		
c	SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL</i>		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA</i>		

ANEXO B

Questionário de dados sociodemográficos

1. Nome: _____
Endereço: _____

Telefone: _____ Celular: _____
Telefone de 2 pessoas que possam localizá-lo: _____
E-mail: _____
2. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino
3. Data de nascimento: _____
4. Cor: () 1. branca () 2. negra () 3. parda () 4. amarela () 5. indígena
5. Estado civil:
- () 1. Solteiro
 - () 2. Casado
 - () 3. Vivendo como casado
 - () 4. Separado/divorciado (sem companheiro atual)
 - () 5. Viúvo
6. Tem filhos?
- () 1. Sim
 - () 2. Não
7. Com quem mora?
- () 1. Sozinho
 - () 2. Cônjuge/parceiro
 - () 3. Filhos
 - () 4. Pais
 - () 5. Outros parentes adultos
 - () 6. Outros adultos não-parentes
8. Mais alto nível de escolaridade alcançado:
- () 1. Ensino fundamental
 - () 2. Ensino médio
 - () 3. Curso técnico
 - () 4. Curso superior
 - () 5. Mestrado ou mais

6. Outra: Por favor especifique _____
9. Qual a sua ocupação principal?
1. Profissional graduado ou administrador (Ex: médico, advogado, artista, professor, contador, executivo, etc.)
2. Vendas e serviços (Ex: gerente de vendas, proprietário de loja, vendedor, corretor de seguros, policial, garçon, zelador, cabeleireiro, etc.)
3. Trabalhador técnico e auxiliar (Ex: mecânico, auxiliar de gráfica, costureiro, eletricitista, secretário, auxiliar de escritório, etc.)
4. Trabalhador semi ou não qualificado (Ex: pedreiro, motorista de ônibus, porteiro, padeiro, etc.)
5. Fazenda
6. Militar
7. Empregos domésticos
8. Outro: especifique _____
10. Qual é a sua situação de emprego atual? [Marque uma]
1. Turno Integral
2. Meio Turno
3. Trabalho autônomo
4. Trabalho irregular e sem horário fixo
5. Desempregado e ativamente procurando por trabalho
6. Fora do mercado de trabalho - não trabalho e não procuro ativamente por trabalho
7. Afazeres domésticos
8. Estudante
9. Aposentado
10. Permanentemente incapacitado para o trabalho
11. Qual a sua renda mensal aproximada? R\$ _____
12. Já havia realizado terapia antes? _____
13. Usa medicação psiquiátrica? _____
- Se sim, qual o nome do remédio e qual dosagem diária? _____

ANEXO E

OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)
Versão autorizada para investigação

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere **a última semana**, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.** Por favor responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu me canso depressa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu me culpo pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu me sinto irritado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me sinto fraco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me sinto assustado/com medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. (se não bebe marque nunca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu sou uma pessoa feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu trabalho muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu me sinto sem valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu me sinto sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu discuto com freqüência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu me sinto amado e querido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu gosto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que					

criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). <i>(se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu tenho problemas de estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. <i>(Se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Eu tenho os músculos doloridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Eu me sinto nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Eu me sinto triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eu tenho dores de cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO F

Roteiro de Entrevista Fenomenológica Semiestruturada com Terapeutas

Abertura: Essa entrevista é sobre a sua experiência de psicoterapia pela Internet. Farei algumas perguntas e você pode se sentir à vontade para responder da forma que achar melhor. A entrevista será gravada e o que você disser é confidencial. Tem alguma dúvida?

1. Descreva sua experiência de psicoterapia pela Internet.
2. Como você teve que adaptar sua prática para a Internet?
3. Houve problemas tecnológicos? Como se sentia?
4. Quais os prós e contras? O que facilitou e o que dificultou o processo terapêutico pela Internet?
5. Como era seu ambiente de atendimento?
6. Você conseguiu compreender os pacientes? Descreva uma situação.
7. Você se sentiu compreendida pelos pacientes? Descreva uma situação.
8. Descreva sua relação com os pacientes.
9. Como foi estabelecida a confiança entre você e os pacientes?
10. Você se sentiu conectada com os pacientes? Sentiu ligação empática com eles? Descreva uma situação.
11. Acha que os pacientes se sentiram conectados? Descreva uma situação.
12. Sentiu-se mais à vontade ou menos à vontade na relação pelo Skype do que presencialmente?
13. Como você percebeu os benefícios da terapia nos pacientes?
14. Você teve de fazer modificações na sua prática na psicoterapia pela Internet? Se sim, descreva.
15. Em que medida a psicoterapia pela Internet é diferente da psicoterapia presencial?
16. Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

Fechamento: Muito obrigada pela sua participação. Os dados que você forneceu são muito importantes para a compreensão da psicoterapia pela Internet. Se você quiser obter mais informações sobre essa pesquisa, é só entrar em contato com nosso grupo de pesquisa.

ANEXO G

Roteiro de Entrevista Fenomenológica Semiestruturada com Pacientes

Abertura: Essa entrevista é sobre a sua experiência de psicoterapia pela Internet. Farei algumas perguntas e você pode se sentir à vontade para responder da forma que achar melhor. A entrevista será gravada e o que você disser é confidencial. Tem alguma dúvida?

1. Descreva sua experiência de psicoterapia pela Internet.
2. Houve problemas tecnológicos? Como se sentia?
3. Como se sentiu quando descobriu que seria pelo Skype e não presencial?
4. Quais os prós e contras? O que facilitou e o que dificultou o processo terapêutico pela Internet?
5. Como era seu ambiente de terapia?
6. Sentiu confiança na terapeuta? Como confiou nela?
7. Acha que sua terapeuta também confiou em você?
8. Você se sentiu compreendido(a) pela terapeuta? Descreva uma situação.
9. Você compreendeu a terapeuta? Descreva uma situação.
10. Descreva a relação com a sua terapeuta.
11. Você se sentiu conectado, ligado com a sua terapeuta? Teve empatia? Descreva uma situação.
12. Acha que sua terapeuta se sentia conectada com você? Descreva uma situação.
13. Sentiu-se mais à vontade ou menos à vontade na relação pelo Skype do que acha que se sentiria diante da terapeuta?
14. Que benefícios você percebeu com a terapia?
15. Já tinha feito terapia antes? Se sim, em que medida a psicoterapia pelo Skype é diferente da psicoterapia presencial?
16. Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

Fechamento: Muito obrigada pela sua participação. Os dados que você forneceu são muito importantes para a compreensão da psicoterapia pela Internet. Se você quiser obter mais informações sobre essa pesquisa, é só entrar em contato com nosso grupo de pesquisa.

ANEXO H

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Clientes

Este estudo está sendo desenvolvido como projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e procura investigar a psicoterapia pela Internet. Conhecendo melhor a forma como ocorre a psicoterapia pela Internet, esperamos ampliar nossos conhecimentos acerca do tema e, a partir disso, se for o caso, possibilitar que se pense em desenvolver essa prática na sociedade.

Se você aceitar participar desse estudo, você deve fazer ao todo 12 sessões semanais gratuitas com hora marcada de psicoterapia presencial ou pelo Skype com um psicólogo(a) registrado(a) no Conselho Regional de Psicologia que integra o estudo. O tempo de duração de cada sessão presencial é de 45 minutos e de cada sessão pelo Skype de 1 hora. Você preencherá *online* alguns questionários e, ao final da psicoterapia, responderá a perguntas da pesquisadora pelo Skype.

O risco de participar desse estudo é o de que você pode sentir algum desconforto durante a psicoterapia. Você pode se retirar do estudo a qualquer momento se assim o desejar ou se for necessário. Seu terapeuta pode ter de encaminhá-lo para a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS durante o atendimento. Também se você desejar receber outro tipo de atendimento em vez do oferecido na pesquisa, será encaminhado para a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. O risco de falha na conexão que impossibilite a comunicação entre terapeuta e cliente pode ser minimizado com a comunicação por telefone. O risco de o conteúdo da terapia ser violado é minimizado com a utilização de senha individual para o acesso ao ambiente virtual de terapia, bem como criptografia. Mesmo assim, a Internet não é um meio seguro.

O benefício direto em participar desse estudo é que você pode se sentir melhor com a psicoterapia. O benefício mais amplo, para a sociedade é o de que os resultados desse estudo podem nos auxiliar a compreender melhor os efeitos da psicoterapia pela Internet.

Será observado o caráter confidencial das informações obtidas nesta pesquisa. Quando da publicação e divulgação de seus resultados, você não será identificado. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e serão mantidos por pelo menos cinco anos na sala 123 do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600.

O pesquisador responsável por este projeto é o Prof. Dr. William Barbosa Gomes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600 – sala 123, Porto Alegre – RS, Telefone: 3308-5303. Contatos para maiores esclarecimentos acerca da pesquisa podem ser feitos por este número, com Maria Adélia Minghelli Pieta (doutoranda), ou pelo e-mail: mariaadelia@ufrgs.br. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou este projeto é Rua Ramiro Barcelos, 2600. O telefone para contato é 33085066 (seg. à sexta, das 8h às 12h) e o e-mail é cep-psico@ufrgs.br.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado(a) dos procedimentos e objetivos desta pesquisa, bem como da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo algum.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Assinatura da doutoranda: _____

Data: _____

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Terapeutas

Este estudo está sendo desenvolvido como projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e procura investigar a psicoterapia pela Internet. Conhecendo melhor a forma como ocorre a psicoterapia pela Internet, esperamos ampliar nossos conhecimentos acerca do tema e, a partir disso, se for o caso, possibilitar que se pense em desenvolver essa prática na sociedade.

Se você aceitar participar desse estudo, você deve realizar ao todo 12 sessões semanais gratuitas com hora marcada de psicoterapia presencial ou pelo Skype com três clientes. O tempo de duração de cada sessão presencial é de 45 minutos e de cada sessão pelo Skype de uma hora. Você oferecerá dados sobre sua formação e preencherá *online* questionários durante o atendimento. Ao final da psicoterapia, você responderá a perguntas da pesquisadora pelo Skype e participará de um grupo focal com os demais terapeutas de uma hora de duração.

O risco de participar desse estudo é o de que você pode sentir algum desconforto em lidar com eventos inesperados durante o processo de terapia, principalmente situações críticas que envolvam algum risco para o cliente. Nesse caso, se julgar que o atendimento precisa ser presencial, deve encaminhar o cliente à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. Você pode se retirar do estudo, desde que cumpra o compromisso ético de atender o cliente durante 12 semanas a contar da data de início da psicoterapia. O risco de falha na conexão que impossibilite a comunicação entre terapeuta e cliente pode ser minimizado com a comunicação por telefone. O risco de o conteúdo da terapia ser violado é minimizado com a utilização de senha individual para o acesso ao ambiente virtual de terapia, bem como criptografia. Mesmo assim, a Internet não é um meio seguro.

O benefício direto em participar desse estudo é o de que você pode adquirir conhecimentos em psicoterapia pela Internet. O benefício mais amplo, para a sociedade é o de que os resultados desse estudo podem nos auxiliar a compreender melhor os efeitos da psicoterapia pela Internet.

Será observado o caráter confidencial das informações obtidas nesta pesquisa. Quando da publicação e divulgação de seus resultados, você não será identificado. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e serão mantidos por pelo menos cinco anos na sala 123 do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600.

O pesquisador responsável por este projeto é o Prof. Dr. William Barbosa Gomes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600 – sala 123, Porto Alegre – RS, Telefone: 3308-5303. Contatos para maiores esclarecimentos acerca da pesquisa podem ser feitos por este número, com Maria Adélia Minghelli Pieta (doutoranda), ou pelo e-mail: mariaadelia@ufrgs.br. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou este projeto é Rua Ramiro Barcelos, 2600. O telefone para contato é 33085066 (seg. à sexta, das 8h às 12h) e o e-mail é cep-psico@ufrgs.br.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado(a) dos procedimentos e objetivos desta pesquisa, bem como da liberdade de retirar meu consentimento após 12 semanas de atendimento ao cliente, sem penalização ou prejuízo algum.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Assinatura da doutoranda: _____

Data: _____



PARECER

TÍTULO DA TESE: “PSICOTERAPIA PELA INTERNET: A RELAÇÃO TERAPÊUTICA”

Orientador: Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Doutoranda: Maria Adélia Minghelli Pieta

Examinador: Profa. Dra. Vera Engler Cury

Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

O tema da pesquisa é de grande relevância para a área de conhecimento e oportuno como tese de doutorado em função da necessidade de estudos acadêmicos para subsidiar decisões por parte das instituições responsáveis. O texto está bem escrito, embora necessite de algumas pequenas correções, pois há erros de digitação que prejudicam a compreensão. O delineamento do projeto como um estudo quanto/qualitativo exigiu maturidade e empenho por parte da candidata, dada a complexidade de sua operacionalização. Os diversos instrumentos adotados para acesso aos dados da pesquisa estão adequadamente descritos, assim como a forma como foram aplicados aos participantes. Os resultados obtidos são apresentados de maneira competente. Diversos capítulos estão apresentados sob a forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos, sendo que um deles já foi aceito para publicação por periódico bem qualificado pela área de Psicologia junto ao sistema Qualis da CAPES/MEC. Considerando tratar-se de um projeto de pesquisa que incluiu uma fase inicial durante a qual foi disponibilizada aos participantes uma modalidade de atendimento psicoterápico, trouxe contribuição significativa do ponto de vista social, integrando ciência e prática profissional do psicólogo. Neste sentido, constituiu estudo de caráter exploratório que trouxe visibilidade a problemas bastante atuais nas sociedades contemporâneas. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de conclusões mais elaboradas face à riqueza dos dados.

Parecer final: favorável à aprovação.



PARECER

TÍTULO DA TESE: "PSICOTERAPIA PELA INTERNET: A RELAÇÃO TERAPÊUTICA"

Orientador: Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Doutoranda: Maria Adélia Minghelli Pieta

Examinador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik/UFRGS

A tese da Autoranda Maria Adélia Minghelli Pieta segue todos os parâmetros de um estudo relevante, bem elaborado, que rende publicações em periódicos destacados, e aborda uma questão atual de grande importância.

Sua contribuição para a área da psicoterapia é destacada, abrindo novas questões e trazendo dados obtidos com metodologia rigorosa e resultados fidedignos.

Por todas essas razões, aprovo sem reservas e com pleno reconhecimento do mérito da Autoranda Maria Adélia Pieta.

Cláudio Laks Eizirik



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PARECER

TÍTULO DA TESE: "PSICOTERAPIA PELA INTERNET: A RELAÇÃO TERAPÊUTICA"

Orientador: Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Doutoranda: Maria Adélia Minghelli Pieta

Examinadora: Profa. Dra. Lisiane Bizarro Araújo/UFRGS

Trata-se de uma tese de doutorado que *contribui* com um conhecimento original para a *área* de estudos e para a prática profissional. Em especial os Capítulos IV e V apresentam *resultados* de um estudo bem desenhado *analisados* quantitativamente e qualitativamente com grande qualidade. Eles demonstram o esforço e o domínio do tema, *métodos* e *análises* pela doutoranda.

Em 24-04-2014

Araújo



U F R G S

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Do Instituto De Psicologia



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Do Instituto De Psicologia analisou o projeto:

Número: 21666

Título: Psicoterapia pela Internet: a relação terapêutica

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

WILLIAM BARBOSA GOMES - coordenador desde 30/09/2011

Maria Adélia Minghelli Pieta - pesquisador desde 30/09/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Do Instituto De Psicologia aprovou o mesmo, ad referendum, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Sexta-Feira, 11 de Novembro de 2011

JUSSARA MARIA ROSA MENDES
Coordenador da comissão de ética