

## Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação<sup>i</sup>

Natacha Hennemann Oliveira<sup>I</sup>

Sílvia Pereira da Cruz Benetti<sup>II</sup>

---

Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação

### RESUMO

A Aliança Terapêutica (AT) tem sido apontada como importante sinalizador de resultados em psicoterapia. Este artigo teórico apresenta dois temas de pesquisa relacionados à AT. São eles: características pessoais do paciente e do terapeuta associadas à manutenção da AT na terapia, segundo a obra de Corbella e Botella, e fatores associados ao abandono precoce do tratamento, servindo para identificar, evitar e restaurar a AT, através da contribuição de Safran e Muran. A compreensão do desenvolvimento da formação da AT, bem como os fatores que podem influenciá-la de forma positiva, permite que o terapeuta fortaleça o vínculo e estructure um trabalho voltado para a necessidade do paciente.

**Palavras-chave:** Estabelecimento da aliança terapêutica; Paciente; Terapeuta; Rupturas da aliança.

---

Therapeutic Alliance: establishment, maintenance and disruption of relationship

### ABSTRACT

Therapeutic Alliance (TA) has been identified as an important indicator of results in psychotherapy. This theoretical article presents two important research's topics related to TA: patient's and therapist's personal characteristics, which are associated to establishment and maintenance of TA in therapy, according to Corbella's and Botella's studies, and factors associated with early abandonment of treatment, aiding to identify, prevent and restore AT through contributions of Safran and Muran. Understanding development of AT, as well as the factors that can influence in a positive way, it allows to strengthen therapeutic relationship and to structure a treatment directed to patient's needs.

**Keywords:** Therapeutic alliance establishment; Patient; Therapist; Alliance ruptures.

Alianza terapéutica: establecimiento, mantenimiento y rupturas de la relación

## RESUMEN

La alianza terapéutica (AT) se ha identificada como un importante indicador de resultados en la psicoterapia. Este artículo teórico presenta dos importantes temas de investigación relacionados con la AT. Ellos son: características personales del paciente y del terapeuta asociados con el mantenimiento de la AT en la terapia, de acuerdo con el trabajo de Corbella y Botella, y los factores asociados con el abandono terapéutico temprano, que sirve para identificar, prevenir y restaurar la AT a través de la contribución de Safran y Muran. La comprensión del desarrollo de la formación de la AT, así como los factores que pueden influir de manera positiva, permite al terapeuta fortalecer el vínculo y estructurar el trabajo hacia la necesidad del paciente.

**Palabras clave:** Establecimiento de la alianza terapéutica; Paciente; Terapeuta; Rupturas de la alianza.

---

A aliança terapêutica (AT), por ser um conceito universal presente nas mais diversas teorias, tornou-se um meio para avaliar a qualidade, a evolução e o desfecho de distintas modalidades de tratamentos psicoterápicos (Botella & Corbella, 2011; Horvath & Luborsky, 1993). A abrangência do constructo e consequente aumento de interesse no estudo da AT resultou da modificação e operacionalização do conceito ao longo dos anos, principalmente pela contribuição do trabalho de Bordin (1979).

De forma geral, a AT tem sido descrita como um elemento fundamental do processo psicoterapêutico por ser uma das variáveis relacionadas tanto à adesão quanto ao resultado do tratamento (Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991). Nesse sentido, ela pode ser considerada como uma pré-condição para que um processo psicoterápico possa se estabelecer (Cordioli, Calich, & Fleck, 1989). É também um conceito comum em diferentes formas de psicoterapia, independentemente da teoria utilizada, devido ao foco no relacionamento entre terapeuta e paciente no andamento do atendimento (Gomes, Ceitlin, Hauck, & Terra, 2008; Horvath & Symonds, 1991).

A preocupação com o papel desempenhado pela **aliança terapêutica** na psicoterapia originou-se na teoria psicanalítica, tendo sido mencionada, primeiramente, nos Estudos sobre a Técnica (Freud, 1913/1996). Na ocasião, Freud utilizou os termos **transferência eficaz** e **rapport** para nomear a relação que se estabelece entre médico e paciente (p. 154). Nesse caso, a transferência eficaz seria uma condição para o início do tratamento.

Zetzel (1956) diferenciou a transferência da AT, postulando a última como a parte neurótica e colaborativa da relação. Entende-se a AT como se referindo a aspectos conscientes e racionais da relação terapêutica na qual não há distorção e sim colaboração entre paciente e terapeuta. É baseada no ego, aproveita a experiência passada e dessa forma possibilita a manutenção do tratamento. Enquanto que, para a relação transferencial, ficam reservados aspectos irracionais, distorcidos, em que há repetição das experiências passadas, colocando-se dessa forma como resistência ao tratamento (Cordioli, Calich, & Fleck, 1989).

A partir dessa diferenciação, os estudos de Bordin (1979) propõem três dimensões essenciais na composição da aliança: 1) acordo nos objetivos do tratamento entre

paciente e terapeuta, 2) acordo nas tarefas e 3) desenvolvimento do vínculo (confiança e apego) entre a dupla. O conceito de AT proposto por Bordin foi considerado ateuórico por conter elementos comuns a diferentes teorias psicoterapêuticas. Dessa forma, a maioria das conceituações teóricas sobre a AT baseia-se no trabalho desse autor (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Ao longo do tempo as pesquisas sobre a AT tornaram-se mais específicas, assim como as medidas utilizadas para aferi-la. Os mais de 50 diferentes instrumentos destinados à avaliação da AT nos mais diversos contextos demonstram que o interesse e a utilidade do constructo têm crescido na literatura especializada.

Em termos das investigações sobre o papel da AT no processo terapêutico, verifica-se que as pesquisas em distintas abordagens teóricas incluem temáticas sobre: a influência da AT nos resultados do tratamento (Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, & Gallop, 2011; Fernández, Mella, & Vinet, 2009; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000); as características do terapeuta e do paciente associadas ao estabelecimento e manutenção da aliança (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bachelor, 2010; Botella & Corbella, 2011; Corbella & Botella, 2003; Crits-Christoph et al., 2006; Goldman & Anderson, 2007; Horvath, 2001; Horvath & Luborsky, 1993; Patterson, Uhlin, & Anderson, 2008; Piper et al., 1991; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2008); o desenvolvimento da AT em diferentes contextos, tal como via internet (Prado & Meyer, 2006), em pacientes internados (Meissner, 2007) e em tratamento obrigatório (Ross, Polaschek, & Ward, 2008; Sotero & Relvas, 2012); instrumentos para mensurar a AT sob o ponto de vista do terapeuta, do paciente, do observador, avaliando adultos, crianças, pais, famílias e com base em distintos modelos teóricos (Elvins & Green, 2008; Gaston, 1991; Marcolino & Iacoponi, 2001) e identificação e intervenção nos fatores associados às rupturas da AT (Muran et al. 2009; Ojeda, 2010; Safran & Muran, 2000, 2006; Safran, Muran, & Carter, 2011). Segundo Martin et al. (2000), embora existam diferenças entre muitas conceituações de AT, a maioria das definições teóricas possui três temas comuns: a natureza colaborativa do relacionamento, o vínculo de afeto entre paciente e terapeuta e a habilidade de acordo da dupla nos objetivos e tarefas da terapia.

No presente artigo, a definição de AT está baseada na contribuição de Bordin (1979). Sublinha-se que, devido à escassez de pesquisas nacionais sobre o mesmo tema, foram utilizados artigos internacionais sobre a AT. Com base na importância da AT para o estudo do processo terapêutico, este artigo teórico de levantamento assistemático tem como objetivo apresentar e discutir algumas contribuições de pesquisadores sobre a AT, considerando dois temas fundamentais para o estabelecimento e manutenção do vínculo no tratamento: o desenvolvimento e o rompimento da AT. Dessa forma, são apresentadas as contribuições de estudos sobre as **características pessoais do paciente e do terapeuta** associadas, ou não ao estabelecimento da AT e à manutenção da terapia, com base na contribuição dos autores Corbella e Botella (2004). Também são destacados os **fatores associados ao abandono precoce do tratamento** (ruptura da AT), considerando tanto a identificação como a possibilidade de restauração da AT através da análise de Safran e Muran (2000). A opção por esses autores baseou-se na importante contribuição de seus trabalhos acerca da temática da AT para o avanço das pesquisas na área.

### **Aspectos do terapeuta e do paciente e a aliança terapêutica**

Em uma revisão sistemática sobre os principais aspectos do desenvolvimento da aliança terapêutica, Ojeda (2010) aponta que a AT deve ser entendida como um fenômeno complexo que sofre influência de múltiplos fatores. Aspectos do terapeuta,

do paciente e da relação estabelecida entre paciente e terapeuta podem influenciar na formação da AT (Corbella & Botella, 2003), bem como impactam na força da aliança e, com isso, no resultado da terapia (Horvath, 2001).

Com relação ao papel do terapeuta, existem trabalhos que sustentam a noção de que características como: ser "flexível, experiente, honesto, respeitoso, digno de confiança, confiante, interessado, alerta, amigável, calmo e aberto, são atributos que estão correlacionados com a formação de uma forte aliança" (Ackerman & Hilsenroth, 2003, p. 28). Da mesma forma, habilidade de comunicação com o cliente, abertura, empatia, experiência e treinamento são indicadas por Horvath (2001) como características do terapeuta com um impacto positivo sobre a AT. Esses aspectos, historicamente, refletem a contribuição de Rogers (1957), autor originário da Escola Humanista, que teve um papel de grande contribuição para o desenvolvimento da AT, ao enfatizar aspectos do terapeuta imprescindíveis para o estabelecimento do vínculo, tal como ser empático, congruente e aceitar incondicionalmente o paciente.

Diversos trabalhos têm sido desenvolvidos no sentido de ampliar a compreensão sobre a relação do terapeuta no processo de formação da AT e sua relação com o resultado do tratamento, indicando a necessidade de aprofundamento investigativo acerca desse aspecto. Por exemplo, Baldwin, Wampold e Imel (2007) realizaram uma pesquisa no Serviço de Aconselhamento e Pesquisa do Ensino Superior da Universidade de Wisconsin sobre a correlação entre a AT e o resultado do tratamento e a importância de características do terapeuta e do paciente na variabilidade da AT. Foram avaliados 331 pacientes e 80 terapeutas, através do OQ-45 (*Outcome Questionnaire - 45*, Lambert, et al., 2004) e do WAI (*Working Alliance Inventory - Horvath & Greenberg, 1989*), sem levar em conta o diagnóstico do paciente. O resultado foi surpreendente, pois mostrou que as variáveis do terapeuta (como o monitoramento de sua contribuição para a AT e seu treinamento) na AT foram consideradas como preditoras de resultados da terapia. Ao contrário, as variáveis do paciente não estavam relacionadas com os resultados do tratamento. Dessa forma, a pesquisa apontou que os terapeutas formam fortes alianças com seus pacientes, o que depende de treinamento específico voltado para desenvolver, monitorar e manter a AT. Essa conduta propicia aos terapeutas fornecer um *feedback* ao paciente sobre as características da aliança, ao mesmo tempo em que reorganizam o tratamento, conforme o resultado da avaliação da AT.

Nessa perspectiva, Corbella e Botella (2004), na obra ***Investigación em Psicoterapia: Proceso, Resultado e Factores Comunes***, enfatizam a importância de considerar as características do terapeuta na variação do resultado de uma psicoterapia. Os autores apontam múltiplos fatores que devem (ou podem) ser considerados quando se avalia a atuação do terapeuta: 1) características demográficas (como idade, gênero e grupo étnico); 2) características profissionais (formação, experiência e afiliação a uma orientação teórica); 3) aspectos da personalidade do terapeuta; 4) posicionamento frente à prática profissional; 5) atitude terapêutica (atitude integradora ou restritiva) e 6) estilo pessoal (referentes ao desenvolvimento conceitual e às funções que ele deve desenvolver de acordo com seu estilo pessoal). Quanto às características demográficas, fatores como gênero, idade e grupo étnico, os autores consideram que não existe nenhum perfil específico de que possa ser generalizado. Todavia, a combinação com as necessidades do paciente é que torna o gênero, a idade ou a etnia do terapeuta um possível indicador de resultados da terapia. Por sua vez, as características profissionais do terapeuta, como formação e experiência, podem ser consideradas como relacionadas com a eficácia da terapia porque permitem que eles estabeleçam e sustentem fortes AT com seus pacientes. Nesse caso, a habilidade do terapeuta é mais importante que a modalidade de tratamento.

Quanto às variáveis relacionadas à personalidade do terapeuta, Corbella e Botella (2004) apontam o nível conceitual e o estilo cognitivo abstrato e complexo (em vez do estilo cognitivo mais concreto); a flexibilidade e abertura; o bem-estar emocio-

nal, valores, atitudes e recursos vitais como características mais favoráveis para o resultado da psicoterapia. Além disso, outras características pessoais do terapeuta imprimem identidade à prática profissional através da postura e intervenções. Dessa forma, o posicionamento subjetivo do terapeuta a respeito de sua orientação teórica/conceitual (crítico ou ortodoxo frente à teoria); seu posicionamento frente à investigação em psicoterapia (incrédulo, distante ou aceita de forma reflexiva sua aplicação na clínica), podem ou não enriquecer e melhorar sua assistência e resultados na clínica. Além disso, seu posicionamento frente à experiência profissional (o terapeuta consegue fazer uma análise reflexiva e integradora de sua experiência ou não consegue relacionar sua experiência para antecipar situações futuras) também deve ser considerado como influenciando o desenvolvimento da AT.

Terapeutas críticos frente a sua orientação teórica, que aceitam de forma reflexiva a pesquisa em psicoterapia e que utilizam sua experiência de forma integrada, facilitando sua utilização em outras situações, tendem a ter uma probabilidade maior de eficácia. A atitude terapêutica, ou seja, como o terapeuta vai se posicionar com base na teoria por ele escolhida e colocar em prática as intervenções com seus pacientes, pode ser realizada através de uma atitude integradora ou através de uma atitude restritiva (Corbella & Botella, 2004).

A atitude ou modelo integrador consiste na união de duas ou mais orientações psicoterapêuticas, o que permite uma maior diversidade de práticas ou recursos para dar conta da situação trazida pelo paciente. Além disso, inclui a forma como o terapeuta irá se posicionar frente à orientação teórica, à pesquisa e à experiência na clínica, como citado anteriormente. A atitude ou modelo restritivo, ao contrário, aponta para um terapeuta com orientação teórica dogmática, que se mostra incrédulo frente à investigação em psicoterapia.

Por último, Corbella e Botella (2004) apontam o estilo pessoal como a forma do terapeuta se colocar na psicoterapia para aplicar sua técnica na tarefa que pretende desempenhar. Conforme os autores três variáveis colaboram para a formação do estilo pessoal do terapeuta: a) a posição sócio profissional; b) a situação vital, a personalidade, a atitude e os posicionamentos do terapeuta frente à teoria por ele utilizada; c) os modos dominantes de comunicação que utiliza (Corbella & Botella, 2004, p. 101). Esses últimos, modos de comunicação na prática profissional, é que resumem o estilo pessoal do terapeuta. Assim, foram identificadas sete atitudes ou traços que funcionam de forma conjunta e que fazem parte da maneira como o terapeuta "se comunica/posiciona" junto a seu paciente. Esses traços serão citados de forma dicotômica/bipolar, são eles: 1) os terapeutas podem ser rígidos ou flexíveis; 2) ativos ou receptivos; 3) próximos ou distantes; 4) regrados/diretivos ou espontâneos/não dirigidos; 5) estimuladores (dirigidos ao resultado) ou críticos (dirigidos à compreensão); 6) comprometidos ou pouco comprometidos; 7) frente ao uso de procedimentos para atingir o insight: dirigidos à ação ou dirigidos ao insight.

Em resumo, é muito difícil generalizar o tipo de AT que pode ser estabelecida como também os resultados da psicoterapia em função do grande número de variáveis implicadas relativas às características do terapeuta e do paciente. Dessa forma, não existe um perfil de terapeuta que se mostre mais eficaz para todos os tipos de pacientes, mas combinações de determinadas características entre a dupla.

Para além das questões do terapeuta, segundo Horvath e Luborsky (1993), há uma série de variáveis do paciente que também influenciam na AT. Nessa dimensão:

- 1) habilidades interpessoais (qualidade dos relacionamentos, relações familiares e índice de eventos estressantes em sua vida);
- 2) dinâmica intrapessoal (motivação, qualidade das relações objetivas e atitudes) e
- 3) características diagnósticas (severidade dos sintomas no início da psicoterapia e ou prognóstico) são apontadas como determinantes mais influentes na AT (Horvath e Luborsky, 1993, p. 567).

Entre as habilidades interpessoais encontra-se o suporte social como um representante da qualidade dos relacionamentos e relações familiares. Segundo Luborsky (1994), pessoas que possuem satisfatórias relações interpessoais têm maior chance de desenvolver uma forte AT. Dessa forma, reconhecendo o suporte social como um importante preditor de resultados, Leibert, Smith e Agaskar (2011), ao realizarem um estudo naturalístico para testar o impacto do suporte social e a AT no resultado do tratamento, avaliaram 135 clientes atendidos por 88 aconselhadores no Centro Clínico de Treinamento e Aconselhamento da Universidade de Oakland. Os autores verificaram que quando o suporte social foi apontado como baixo, a AT foi ainda mais importante em prever o resultado do tratamento porque, nesse caso, o trabalho do terapeuta focalizou o vínculo cliente-terapeuta. No momento em que o terapeuta passa a fazer parte da rede de suporte social do paciente, é possível propor intervenções dirigidas para aumentar a rede de suporte social do cliente e acelerar a melhora dos sintomas do paciente.

Quanto à dinâmica intrapessoal, a motivação do paciente é considerada um dos mais importantes determinantes no processo terapêutico, apontada nas pesquisas de Orlinsky, Grawe e Parks (1994), e de Lambert e Anderson (1996) como uma variável que influencia positivamente o resultado do tratamento. No entanto, o vínculo estabelecido entre paciente e terapeuta pode modificar a motivação, que pode ser mantida estável, aumentada ou diminuída. Cabe, então, ao terapeuta proporcionar as condições necessárias para acolher empaticamente o material trazido pelo paciente, para que juntos possam desenvolver uma boa aliança terapêutica (Yoshida, 2001).

Para além dos aspectos interpessoais e intrapessoais no desenvolvimento da AT, aspectos intrapsíquicos ligados às representações internas vinculares dos pacientes são também elementos que podem afetar o processo. Portanto, outro ponto a ser identificado são as características intrapsíquicas relativas às relações de objeto. Para Melanie Klein (1926/1981), a aliança terapêutica é uma reedição da relação objetal precoce. Assim, só ocorrerá a formação de uma boa aliança se o paciente tiver passado por pelo menos uma relação satisfatória para que seja capaz de (re) produzi-la com seu terapeuta. Dessa forma, a qualidade das relações objetais pode ser considerada como um importante indicador da possibilidade de melhorias da sintomatologia e disfunção que levaram o paciente a buscar tratamento psicoterapêutico e um significativo preditor de AT e de resultados da terapia (Byrd, Patterson, & Turchik, 2010; Goldman & Anderson, 2007; Piper et al., 1991).

Nessa direção, Goldman e Anderson (2007) pesquisaram a relação entre a qualidade das relações objetais e a segurança de apego como preditores de uma aliança terapêutica inicial em 55 pacientes vinculados a dois centros de tratamento da Universidade de Ohio. Verificaram que terapeutas capazes de antecipar problemas na aliança terapêutica, tal como *déficits* na segurança de apego, podem suportar melhor essa situação com a chance de resolvê-los de um modo que não reforce ainda mais as expectativas negativas do paciente. Além disso, é fundamental que os terapeutas entendam o histórico de apego do cliente, priorizando uma entrevista inicial como uma forma crucial de formação da AT.

Quanto às características diagnósticas, segundo Botella e Corbella (2011), ao se reduzirem os sintomas do paciente, há uma melhora na relação terapêutica, o que, conseqüentemente, torna a AT mais fortalecida. A pesquisa de Webb et al. (2011), que avaliou separadamente que componentes/subescalas da AT – objetivo, tarefas e vínculo –, mais associados com a mudança de sintomas depressivos em 105 pacientes em tratamento com terapia cognitivo comportamental, aponta nessa mesma direção. Nela, o *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1986, 1989) foi utilizado para avaliar as subescalas que compõem a AT (objetivo, tarefa e vínculo) e o *Beck Depression Inventory* (BDI- II) usado para avaliar os sintomas depressivos. O resultado da pesquisa indica que a mudança

nos sintomas dos pacientes está diretamente relacionada ao bom acordo entre terapeuta e paciente nas subescalas de objetivo e tarefas da AT. Por outro lado, o estudo mostra que o vínculo que se estabelece entre terapeuta e paciente é uma consequência dessa mudança de sintomas.

Complementando os aspectos intrapsíquicos no desenvolvimento da AT, a personalidade do paciente também é outro fator determinante na qualidade da AT. Um dos aspectos através dos quais a personalidade se manifesta é o estilo de padrão defensivo estabelecido pelo paciente. Por exemplo, Gomes et al. (2008) avaliaram a relação entre a aliança terapêutica e os mecanismos de defesa usados por 37 pacientes atendidos no **Ambulatório do Serviço de Psiquiatria de Adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Esclareceram que, apesar de alguns pacientes da amostra utilizarem mecanismos de defesa muito primitivos (como negação e dissociação), foi possível o estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade. O estudo sugere que não existe uma correlação significativa entre os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes e o estabelecimento de uma AT de qualidade. Assim, alguns fatores como o treinamento dos terapeutas, as características pessoais e disponibilidade destes, o tipo de relação transferencial e as necessidades dos pacientes, podem ser considerados como influentes nos resultados. Despland, de Roten, Despars, Stigler e Perry (2001) sugerem que o treinamento dos terapeutas pode proporcionar uma maior capacidade de conectar-se aos pacientes.

Nos casos de pacientes chamados "difíceis", como é o caso de pacientes *borderline*, Peres (2009) recomenda que o manejo da aliança terapêutica seja mais específico, ou seja, que o terapeuta esteja sempre atento à postura dicotômica "tudo ou nada" do paciente. Pois, como aponta Schestatsky (2005), a AT é frequentemente afetada pela tendência desses pacientes em violar o contrato terapêutico.

Pode-se resumir, portanto, que não só determinadas características dos pacientes, mas também a qualidade da relação objetal, do suporte social, da motivação e do padrão defensivo do paciente têm grande impacto sobre a aliança terapêutica. Além desses aspectos, as características pessoais dos terapeutas, bem como seu treinamento, são imprescindíveis para que a AT se desenvolva com qualidade. Sendo assim, a AT reflete um trabalho conjunto entre terapeuta e paciente em que as percepções de cada um, bem como as expectativas, opiniões e construções, influenciam no estabelecimento da AT (Corbella & Botella, 2003).

Entretanto, apesar de um maior conhecimento sobre os aspectos a serem trabalhados em psicoterapia, visando o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, rupturas e abandonos terapêuticos são situações que podem ocorrer. Nesse sentido, identificar e compreender os fatores associados a esses fenômenos são passos fundamentais para evitar que ocorra uma ruptura da AT.

### **As rupturas da aliança terapêutica**

Da mesma forma que alguns elementos fortalecem a AT, outros podem enfraquecê-la/fragilizá-la. Tal é o caso das chamadas **rupturas da AT** que, segundo Safran e Muran (2006), são situações de tensão ou colapso no relacionamento colaborativo entre a dupla. Elas podem ser consideradas uma quebra na colaboração, comunicação ou entendimento na relação terapêutica (Safran, Muran, & Carter, 2011). Embora o termo "ruptura" possa dar uma ideia de que o rompimento do vínculo é definitivo, as rupturas da AT podem surgir com variações de intensidade e nem sempre são percebidas ao mesmo tempo por ambos, paciente e terapeuta. No entanto, é o terapeuta quem precisa, além de identificar essas manifestações,

intervir. Caso o terapeuta não perceba a situação de conflito ou não faça uma intervenção, ocorrerá o abandono do tratamento pelo paciente.

Para Muran (2001), as rupturas da AT podem ser entendidas também como uma forma de compreender como se organizaram as relações de objeto do paciente. Essas rupturas podem ocorrer quando o terapeuta passa a assumir características do padrão de relacionamento disfuncional utilizado pelo paciente. Portanto, entender o motivo da ruptura pode ser a chave da mudança.

Duas formas caracterizam as rupturas da AT (Safran & Muran, 2000): distanciamento e confrontação. O distanciamento se apresenta quando o paciente lida com algum aspecto e/ou questão do relacionamento terapêutico se afastando ou se acomodando em relação ao processo terapêutico. Essa forma de ruptura pode ser confundida com uma "aliança", porque o paciente não confronta o terapeuta, mas pode estar se retirando "silenciosamente" da relação. Por outro lado, na confrontação, o paciente expressa diretamente sua raiva, ressentimento ou insatisfação com o terapeuta ou com algum elemento da terapia.

Com relação à reparação das duas formas de ruptura, Safran e Muran (2000) desenvolveram dois modelos que devem ser utilizados pelo terapeuta, constituídos por cinco estágios para as rupturas por afastamento e seis estágios para as rupturas causadas sob a forma da confrontação.

### **Modelo de resolução de ruptura por afastamento**

A ruptura por afastamento corresponde à forma como o paciente lida de maneira antecipada à sua insatisfação, se "desligando/afastando" do terapeuta e do tratamento. Os cinco estágios de ruptura por afastamento são: 1) Distanciamento assinalador de ruptura, 2) Desvincular-se, atentando ao sinalizador de ruptura, 3) Afirmação qualificada, 4) Evitação, e 5) Autoafirmação. Assim, o modelo por afastamento se inicia com o estágio nº 1, Assinalador do afastamento: quando o terapeuta passa a fazer parte da matriz relacional do paciente, repetindo uma conduta já realizada por ele. Dessa forma, o paciente pode relacionar-se com o terapeuta através de uma conduta passiva/submissa sem preocupar-se com ele ou pode estabelecer uma relação em que percebe o terapeuta como alguém que o desconsidera em função de sua postura diretiva e dominante. O estágio nº 2, Desvincular-se: corresponde ao momento em que o terapeuta e o paciente se dão conta dessa ruptura. O terapeuta deve ficar atento a sua participação no que está ocorrendo e dirigir a atenção do paciente para o "aqui e agora" da relação. Além disso, o terapeuta deve mostrar-se com uma curiosidade empática e receptiva, mesmo quanto aos sentimentos negativos do paciente. O estágio nº 3 - Afirmação qualificada: diz respeito ao momento em que o paciente começa a verbalizar sua experiência de ruptura. O paciente expressa sua insatisfação e logo depois "suaviza" o que disse ou retira. A intervenção do terapeuta, nesses casos, deve ser de facilitar a expressão do paciente. Ele também deve explorar e diferenciar os estados do *self*, oferecendo um *feedback* ao paciente sobre o que está ocorrendo. O estágio nº4 - Evitação: aponta para um bloqueio do paciente em continuar se expressando sobre as rupturas, devido a crenças e expectativas que os pacientes têm sobre eles mesmos e sobre os outros. As intervenções que podem ser usadas nesses casos são: mudar o tema, falar de forma genérica não se referindo à questões do aqui e agora e utilizar um tom de voz suave com o paciente, para tentar romper com a resistência. No estágio nº5 - Autoafirmação: o paciente consegue expressar seus desejos ao terapeuta, além de aceitar sua responsabilidade sobre suas necessidades. Para isso, o terapeuta deve ter uma postura empática e não julgar o paciente.



### **Modelo de resolução de ruptura por confrontação**

O modelo de resolução de ruptura por confrontação, embora seja mais fácil de ser identificado, exige muito mais esforço do terapeuta em função dos sentimentos despertados pela agressividade dirigida pelo paciente. Segundo Safran e Muran (2000), os estágios desse modelo são as seguintes: 1- Confrontação: a postura adotada pelo terapeuta não pode vir de encontro do que o paciente está esperando – confrontação. Assim, o terapeuta deve evitar responder de uma maneira defensiva às demandas e ataques do paciente. O estágio nº 2 - Desvinculação: nessa etapa é preciso que o terapeuta se desvincule da situação de hostilidade e contra hostilidade, mostrando ao paciente essa disputa que sucede. Assim, que reconheçam sua implicação nesse cenário, tentem restabelecer o espaço analítico 'comunicando o não dito', para que o paciente sinta-se seguro para poder falar de sua insatisfação, além de articular com aspectos da vida do paciente. O terapeuta precisa dar um *feedback* ao paciente sobre seu impacto e contribuição na interação e ajudar para que ele consiga reconhecer-se como autor de suas ações. No estágio nº3 - Exploração do constructo: ambos participantes devem conseguir construir o que a dupla elaborou sobre sua interação. O terapeuta precisa clarificar as percepções do paciente sobre seus sentimentos de raiva, decepção e prejuízo, para que ele fique ciente do conteúdo que está sendo renegado por ele. Porém, isso deve ser feito sem que haja uma interpretação propriamente dita, pois essa intervenção poderia aumentar ainda mais a resistência do paciente. No estágio nº4 - Evitação da agressão: até mesmo os pacientes que se mostram mais agressivos com seus terapeutas tentam evitar os sentimentos de ansiedade e de culpa gerados por essa hostilidade, justificando-se para afastar a sensação de ameaça provocada por sua agressividade. Dessa forma, é importante que o terapeuta monitore as mudanças nos estados de *self* do paciente, para poder ajudá-lo a ampliar seu entendimento sobre seu funcionamento que pode estar causando essas mudanças. No estágio nº 5 - Evitação da vulnerabilidade: ocorre uma tentativa do paciente de se manter afastado de sentimentos que lhe deixam vulnerável e frágil. Para isso, ele pode até regredir para um estado que lhe é familiar e, portanto, mais seguro. O papel do terapeuta é de novamente tornar isso consciente ao paciente para entender o que provoca essas mudanças. No estágio nº 6 - Vulnerabilidade: o objetivo é acessar os desejos intrínsecos do paciente, para que ele consiga entender suas necessidades (ex. proteção, proximidade), expressas através da ruptura, sem que elas necessariamente precisem ser satisfeitas.

Safran e Muran (2000) apontam que as rupturas podem ocorrer não só em um nível mais profundo, como nos modelos de distanciamento e confrontação anteriormente apresentados, mas também de uma forma mais superficial. Para exemplificar de que maneira ocorrem essas rupturas, os autores utilizaram o modelo de AT de Bordin (1979) e somente substituem a palavra acordo, utilizada pelo autor, por desacordo. Assim, a ruptura poderia ocorrer devido a: desacordos nas tarefas, nos objetivos e tensão no vínculo entre terapeuta e paciente na AT.

Essas rupturas podem ser mensuradas através do paciente, do terapeuta ou da perspectiva do observador (Safran et al., 2011). Estes autores propõem algumas intervenções que podem ser realizadas por parte do terapeuta para evitar as rupturas da aliança: a) repetir o raciocínio racional: ajudar o paciente fazendo uma interpretação da transferência para tentar ligar e explorar a relação entre suas reações na terapia com outro relacionamento que pode ajudá-lo a tornar conscientes os padrões destrutivos; b) mudar tarefas e objetivos quando houverem desacordos; c) clarificar os desentendimentos entre a dupla; d) explorar os temas relacionais associados com a ruptura; e) ligar a ruptura da aliança com padrões comuns na vida do paciente; f) proporcionar novas experiências relacionais (Safran et al., 2011).

## **Considerações finais**

A AT, que se fundou na questão transferencial, passou a ser entendida como um constructo ateuórico, devido à sua aplicabilidade em diversas correntes teóricas. Dessa forma, a AT foi entendida como um fator comum e relacionada ao sucesso da psicoterapia.

Com base nos trabalhos apresentados neste artigo, vimos que as questões tanto do paciente, do terapeuta, quanto da relação construída por eles são fundamentais para o estabelecimento da AT. E que as questões do terapeuta (com seu estilo pessoal, conhecimento e experiência) têm igualmente gerado interesse nas pesquisas sobre AT. Nesse caso, os estudos apontam que, para além das questões do paciente, o terapeuta também deve ser levado em consideração quando se avalia um processo psicoterapêutico e o desenvolvimento da AT. Finalmente, são vários os aspectos que podem dificultar o estabelecimento da aliança e que podem promover sua ruptura. Esses aspectos devem ser identificados, explorados e trabalhados pelo terapeuta para evitar que ocorra abandono precoce do tratamento.

Dessa forma, é importante não só considerar os fatores que podem contribuir para a formação da AT, mas também como é possível sustentá-la, monitorando-a para evitar rupturas na relação. Essas rupturas frequentemente dizem muito mais sobre o paciente, do que ele mesmo pode nos contar. E é a partir dessas situações de ruptura que podem surgir novos caminhos a serem trabalhados no tratamento.

Ainda, sob uma perspectiva mais ampla, a importância desses trabalhos reflete o fato de que a pesquisa em psicoterapia é atualmente uma área em expansão. E dessa forma, apesar deste estudo ter se limitado a identificar de forma assistemática as contribuições internacionais sobre a AT, ao longo das últimas décadas, sugere-se que sejam ampliadas as pesquisas, principalmente no contexto nacional de pesquisa em psicoterapia. Nessa direção, é necessário investigar os fatores específicos relacionados à eficácia e efetividade dos processos psicoterapêuticos, visando qualificar os atendimentos psicoterápicos. Assim, mesmo que limitado a revisão teórica de estudos sobre a AT, espera-se que este artigo contribua para o crescimento e expansão de investigações em distintas abordagens e diagnósticos clínicos.

## **Referências**

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Bachelor, A. (2010). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy, 28*, 543-549.
- Baldwin, S., Wampold, B., & Imel, Z. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260.
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología, 101*, 21-34.

- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 47*(4), 631-636.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología, 19*(2), 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Editorial Vision Net.
- Cordioli, A., Calich, J., & Fleck, M. (1989). Aliança terapêutica: uma revisão de conceito. In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática* (pp. 226-236). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Crits-Christoph, K., Nardocci, J., Chamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy, Research, 16*(3), 268-281.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance - outcome correlation is larger than you might think. *Journal Consulting Clinical Psychology, 79*(3), 267-278.
- Despland, J. N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal Psychotherapy Practice and Research, 10*, 155-164.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: A empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1167-1187.
- Fernández, P. M., Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación com la alianza terapêutica. *Interdisciplinaria, 26*(2), 267-287.
- Freud, S. (1996). *Sobre o Início do Tratamento: Novas recomendações aos médicos que exercem psicanálise* (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913).
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scale- patient version. *Psychological Assessment, 3*(1), 68-74.
- Goldman, G., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology, 54*(2), 111-117.
- Gomes, F., Ceitlin, L., Hauck, S., & Terra, T. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do RS, 30*(2), 109-114.
- Horvath, A. O. (2001, Setembro). Psychotherapeutic relationships that work. In *17º Annual Meeting of Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*. Santiago de Chile, Chile.

- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). Development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Orgs.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., & 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. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Klein, M. (1981). Fundamentos psicológicos da análise infantil. In M. Klein, *Psicanálise da criança* (pp. 25-39). São Paulo: Mestre Jou. (Originalmente publicado em 1926).
- Lambert, M. J., & Anderson (1996). Assessment for the time-limited psychotherapies. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 15, 23-42.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C., & Burlingame, G. M. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Leibert, T., Smith, J., & Agaskar, V. (2011). Relationship between the Working Alliance and social support on counseling outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 709-719.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Orgs.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Marcolino, J. A., & Iacoponi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 88-95.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231-254.
- Muran, J. (2001). *Self-relations in psychotherapy process*. American Psychological Association: Washington D.C.
- Muran, J., Safran, J., Gorman, B., Samstag, L., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of the early alliance ruptures and withdrawal rupture markers and rupture resolution strategies to process and outcome and the three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 46, 233-248.

- Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Revista GPU*, 6(3), 284-295.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy- Noch ein mal. In A. Bergin & J. S. Garfield, (Orgs.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-378). New York: Wiley and Sons.
- Patterson, C. L., Uhlin B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of de working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 528-534.
- Peres, R. (2009). Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 383-389.
- Piper, W., Azim, H., Joyce, A., McCallum, M., Nixon, J., & Segal, P. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 432-438.
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Ross, E. C., Polaschek, D. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Safran, J., & Muran, J. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291.
- Safran, J., Muran, J., & Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Schestatsky, S. S. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 606-627). Porto Alegre: ArtMed.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 187-196.
- Tryon, G., Blackwell, S., & Hammel, E. (2008). The magnitude of client and therapist working alliance ratings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 546-551.
- Webb, C. A., DeRubies, R. J., Amsterdam, J. D. Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279-283.
- Yoshida, E. (2001). Psicoterapia Breve Dinâmica: Critérios de Indicação. *Revista Mackenzie*, 3, 43-51.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho Analysis*, 37(4-5), 369-375.

Submetido em: 02/03/2014

Revisto em: 07/09/2015

Aceito em: 18/09/2015

**Endereços para correspondência**

Natacha Hennemann Oliveira  
natacha.h@hotmail.com

Sílvia Pereira da Cruz Benetti  
spcbenetti@gmail.com

I. Mestranda. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo. Estado do Rio Grande do Sul. Brasil.

II. Docente. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo. Estado do Rio Grande do Sul. Brasil.

i Texto referido à pesquisa realizada com apoio do CNPq.