

Influências de características perfeccionistas para a aliança terapêutica: uma revisão sistemática da literatura

Influences of Perfectionistic Characteristics on the Therapeutic Alliance: A Systematic Literature Review

Influencias de las características perfeccionistas en la alianza terapéutica: una revisión sistemática de la literatura

Marina Goulart de Oliveira Leite¹ , Maria Roberta da Silva Cunha¹ , Maycon Santos Ferreira¹ , Marcela Mansur-Alves¹ 

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Psicologia – Belo Horizonte – MG – Brasil.

RESUMO

Pessoas com altos níveis de perfeccionismo têm dificuldades de buscar, aderir e se beneficiar de intervenções psicoterapêuticas. O modelo de desconexão social do perfeccionismo aplicado ao contexto clínico indicou a centralidade dos problemas relacionais para o sofrimento psíquico e para os piores desfechos terapêuticos de perfeccionistas. A compreensão da aliança terapêutica, preditor importante do sucesso do tratamento, se faz relevante para que sejam conhecidos os fatores que interferem na vinculação de pacientes perfeccionistas com seus psicólogos. A fim de elucidar a relação entre características perfeccionistas e a aliança terapêutica, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (diretrizes do PRISMA, 2020), por meio de buscas em listas de referências e nas bases de dados PubMed, APA PsycInfo, Scopus, BVS, Web of Science e SciELO. Os descritores [*perfectionism AND therapeutic alliance*] foram utilizados. Após triagem realizada conforme os critérios de inclusão e exclusão e análise dos artigos duplicados, bem como leitura do texto completo dos manuscritos, foram selecionados 12 trabalhos. Os resultados sugerem que as características perfeccionistas (traços perfeccionistas e autoapresentação) têm efeitos deletérios na aliança terapêutica, o que parece levar a piores desfechos terapêuticos. Mais pesquisas são necessárias para uma melhor compreensão dessa relação.

Palavras-chave: Perfeccionismo; Aliança terapêutica; Psicoterapia.

ABSTRACT

People with high levels of perfectionism face difficulties in seeking, adhering to, and benefiting from psychotherapeutic interventions. The Social Disconnection Model of Perfectionism, applied to the clinical context, highlighted the centrality of relational problems for psychological distress and worse therapeutic outcomes in perfectionists. Understanding the therapeutic alliance, an important predictor of treatment adherence and success, is essential to identify factors that hinder the bonding of perfectionist patients with their psychologists. To elucidate the relationship between perfectionist characteristics and the therapeutic alliance, a systematic literature review was conducted (PRISMA guidelines, 2020) through reference list searches and database queries in PubMed, APA PsycInfo, Scopus, BVS, Web of Science, and SciELO. The descriptors [*perfectionism AND therapeutic alliance*] were used. After screening for inclusion and exclusion criteria, duplicate analysis, and full-text reading of manuscripts, a total of 12 articles were retained. The results suggest that perfectionist characteristics (perfectionist traits and self-presentation) have deleterious effects on the therapeutic alliance, seemingly leading to worse therapeutic outcomes. Further research is needed to better understand this relationship.

Keywords: Perfectionism; Therapeutic alliance; Psychotherapy.

Correspondência:

Marina Goulart de Oliveira Leite

E-mail: marinagoulartpsicologia@gmail.com | contato@marinagoulartpsi.com



RESUMEN

Las personas con altos niveles de perfeccionismo enfrentan dificultades para buscar, adherirse y beneficiarse de las intervenciones psicoterapéuticas. El Modelo de Desconexión Social del Perfeccionismo, aplicado al contexto clínico, destacó la centralidad de los problemas relacionales en el malestar psicológico y los peores resultados terapéuticos en los perfeccionistas. Comprender la alianza terapéutica, un predictor importante de la adherencia al tratamiento y su éxito, es esencial para identificar los factores que dificultan la conexión de los pacientes perfeccionistas con sus psicólogos. Para esclarecer la relación entre las características perfeccionistas y la alianza terapéutica, se realizó una revisión sistemática de la literatura (directrices PRISMA, 2020) mediante búsquedas en listas de referencias y en las bases de datos PubMed, APA PsycInfo, Scopus, BVS, Web of Science y SciELO. Se usaron los descriptores [perfectionism AND therapeutic alliance]. Tras la selección basada en los criterios de inclusión y exclusión, el análisis de duplicados y la lectura completa de los manuscritos, se retuvieron 12 artículos. Los resultados sugieren que las características perfeccionistas (rasgos perfeccionistas y autopercepción) tienen efectos perjudiciales en la alianza terapéutica, lo que parece llevar a peores resultados terapéuticos. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor esta relación.

Palabras clave: Perfeccionismo; Alianza terapéutica; Psicoterapia.

Destaques de impacto clínico

- Níveis moderados e elevados de perfeccionismo tendem a se associar com piores experiências em psicoterapia, especialmente pelo impacto negativo na aliança terapêutica.
- Há indícios de variação na forma como as dimensões de traços perfeccionistas e as facetas de autoapresentação perfeccionistas impactam a aliança terapêutica, porém, mais pesquisas são necessárias no tópico.
- Há questionamentos importantes às validades interna (instrumentos de avaliação e teorias utilizadas) e externa dos estudos selecionados.
- Os achados articulados na revisão corroboram o modelo de desconexão social do perfeccionismo no contexto clínico.

O perfeccionismo é uma característica multidimensional da personalidade marcada pela criação de padrões pessoais autoimpostos elevados e rígidos em domínios de interesse para o indivíduo, acompanhados por preocupações ou esforços excessivos para o alcance destes e por avaliações excessivamente autocríticas (Flett & Hewitt, 2020). Além disso, há uma atribuição de valor pessoal condicionada ao alcance dos padrões, o que frequentemente ocasiona experiências de intenso sofrimento psíquico (Flett & Hewitt, 2020; Smith et al., 2022b).

Embora o volume de publicações sobre a característica tenha crescido consideravelmente nas últimas décadas, seu impacto na saúde mental vem sendo mencionado desde os primórdios da psicologia (Hewitt & Flett, 2020; Smith et al., 2022b). Ao longo do tempo, concepções diversas do construto foram desenvolvidas, evoluindo de perspectivas amplas e genéricas – vistas como unidimensionais – para abordagens multidimensionais, que interpretam o perfeccionismo como um conjunto de traços organizados de maneira única em cada indivíduo. Para além das clássicas elaborações psicodinâmicas sobre tendências perfeccionistas – como a de Karen Horney (para uma revisão, consultar Stoeber, 2017) –, destaca-se entre conceitos unidimensionais a definição de personalidade introjetiva de Blatt e Felsen (1993). Segundo os autores, esse

estilo de personalidade seria caracterizado pela internalização intensa de padrões irrealistas acompanhada de uma autocrítica severa (Blatt e Felsen, 1993).

Entre as definições multidimensionais, o modelo compreensivo do comportamento perfeccionista (MCCP; Hewitt et al., 2017) oferece uma estrutura teórica que contempla as principais evidências reunidas acerca do funcionamento desse aspecto da personalidade (Hewitt et al., 2017). O MCCP estrutura as experiências perfeccionistas a partir de dimensões intrapessoais e interpessoais (Hewitt et al., 2017). Uma das dimensões intrapessoais é composta pelos traços perfeccionistas, que são: perfeccionismo auto-orientado (PAO), que trata da tendência de estabelecer padrões extremamente altos para si mesmo, acompanhada de autocrítica severa quando eles não são alcançados; perfeccionismo orientado ao outro (POO), caracterizado pela tendência de demandar perfeição nas ações e nos comportamentos das pessoas ao redor; e perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), que se refere à percepção de que os outros impõem expectativas elevadas para o indivíduo, exigindo perfeição (Hewitt et al., 2017). Ainda no nível intrapessoal, as cognições perfeccionistas são padrões de pensamento automáticos e repetitivos que envolvem a imposição de padrões elevados, a preocupação excessiva

com a possibilidade de cometer erros e a autocrítica severa (Hewitt et al., 2017). Por fim, no nível interpessoal, as facetas de autoapresentação dizem respeito aos estilos interacionais de perfeccionistas, podendo ser caracterizados como: não revelação da imperfeição (NRI), que se refere à tendência de evitar admitir, verbalizar ou discutir falhas e aspectos negativos de si mesmo; não demonstração de imperfeição (NDI), sobre o esforço para esconder quaisquer sinais externos de falhas ou erros; e autopromoção perfeccionista (APP), a qual consiste na inclinação de enfatizar, de maneira ativa e exagerada, os próprios pontos fortes, conquistas e qualidades, com o intuito de construir e manter uma imagem idealizada de perfeição perante os outros (Hewitt et al., 2017).

O cumulativo de evidências reunidos ainda revelam, para além da multidimensionalidade do construto, a complexidade de seus impactos à saúde (Stoeber, 2017). Ele é considerado um fator transdiagnóstico por ser consistentemente associado a piores desfechos em saúde mental (Casale et al., 2024). Entre os diversos quadros psicopatológicos aos quais se associa, destacam-se os transtornos da personalidade – sendo, por exemplo, um critério diagnóstico para o transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo (TPOC; Sametoglu et al., 2022; Flett et al., 2024) –, o transtorno depressivo maior (Hewitt et al., 2022), os transtornos de ansiedade (Callaghan et al., 2024; Ferber et al., 2024) e os transtornos alimentares (Nepon et al., 2024; Welch et al., 2020). De maneira similar, as características perfeccionistas estão associadas a comportamentos prejudiciais, como ruminação excessiva, evitação de situações desafiadoras e até comportamentos suicidas (Etherson et al., 2024; Flett et al., 2024). Indivíduos com elevados níveis desse traço tendem a apresentar taxas mais altas de mortalidade, experienciar sentimentos profundos de solidão e vivenciar uma maior desesperança nas relações interpessoais (Flett & Hewitt, 2024; Robinson et al., 2022).

Esse cenário acrescenta um tom altamente desafiador para o manejo clínico de pacientes perfeccionistas em psicoterapia (Flett & Hewitt, 2020; Hewitt et al., 2017, 2020; Smith et al., 2022a). Altos níveis de perfeccionismo parecem diminuir as chances de eficácia de intervenções psicoterapêuticas, aumentar as taxas de desistência dos tratamentos e frequentemente demandar tratamentos intensivos e complexos (Hewitt et al., 2020; Miller et al., 2017; Randall et al., 2021; Smith et al., 2022a; Welch et al., 2020). Welch et al. (2020) conduziram um estudo experimental que exemplifica essa afirmação. Nele, transtornos alimentares, sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e perfeccionismo foram avaliados antes e depois da intervenção, além de nas etapas de *follow-up*, de uma intervenção em terapia familiar. Os resultados indicaram que o perfeccionismo se manteve inalterado após o tratamento e predisser a manutenção do transtorno alimentar ao final da intervenção e nos meses seguintes (Welch et al., 2020).

Diante dessa miríade de consequências nocivas que buscar por padrões inalcançáveis pode conferir a um indivíduo

– tanto no que se refere àquelas associadas à psicopatologia quanto às associadas ao insucesso terapêutico –, teorizações a respeito das razões pelas quais tais impactos ocorrem surgiram. O modelo de desconexão social do perfeccionismo (MDSP) se destaca nesse tópico. Ele estabelece a relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia ao demonstrar que os processos de desconexão social – ou seja, os desafios interpessoais enfrentados por indivíduos perfeccionistas – desempenham um papel central nessa conexão (Hewitt et al., 2006). De acordo com o modelo, a desconexão aconteceria por duas vias. A primeira, a desconexão social subjetiva, seria marcada pelas baixas expectativas do indivíduo perfeccionista de ser acolhido pelos outros, levando ao retraimento e a comportamentos defensivos ou desajustados (Hewitt et al., 2006). Esses comportamentos ocasionariam uma desconexão social objetiva – a segunda via desse processo –, gerada pelas reações de afastamento das pessoas que se relacionam com indivíduos perfeccionistas diante das atitudes críticas, evasivas ou hostis (Hewitt et al., 2006). O afastamento concreto das relações sociais seria o responsável pela manutenção dos sentimentos de solidão, inadequação e fracasso, frequentemente observados em quadros de sofrimento mental (Hewitt et al., 2006).

O MDSP foi adaptado ao contexto clínico para sublinhar que processos relacionais entre paciente e terapeuta podem explicar a associação entre as características perfeccionistas e os maiores índices de insucesso terapêutico (Hewitt et al., 2017). Sob essa perspectiva, entre a díade paciente-terapeuta, processos de desconexão subjetiva (o sujeito tem baixas expectativas de ser acolhido e compreendido pelo clínico) e, por conseguinte, de desconexão objetiva (quando o terapeuta responde ao comportamento desajustado do perfeccionista com afastamento), impediriam que uma relação colaborativa e receptiva fosse formada, mitigando os efeitos terapêuticos (Hewitt et al., 2017). Dessa forma, a relação terapêutica – e sua faceta mais objetiva, a aliança terapêutica –, se apresentam como um objeto de estudo essencial para a elucidação das dificuldades no manejo clínico das características perfeccionistas.

A aliança terapêutica foi definida por Bordin (1979) como o acordo estabelecido entre terapeuta e cliente quanto aos objetivos e tarefas do tratamento e o vínculo de respeito, empatia e consideração positiva incondicional construído entre a díade. Estudos sobre os fatores inespecíficos (fatores não exclusivos aos métodos terapêuticos) que influenciam o sucesso de tratamentos psicoterapêuticos sugerem que a aliança é uma forte preditora dos resultados da terapia, sendo considerada um fator comum às diversas abordagens teóricas (Bailey & Ogles, 2023; Prusinski, 2024). Como mencionado, perfeccionismo e aliança terapêutica são variáveis frequentemente associadas aos desfechos em psicoterapia, sendo a primeira frequentemente identificada como preditora a piores resultados e, a segunda, de desfechos mais satisfatórios (Hewitt et al., 2020; Miller et al., 2017; Prusinski, 2024; Randall et al., 2021; Smith et al., 2022a;

Welch et al., 2020). Apesar disso e das elaborações promissoras do MDSP, as evidências acerca de sua pertinência ao contexto clínico são difusas e pouco articuladas.

Uma integração dos estudos acerca da influência do perfeccionismo para a aliança terapêutica foi feita por Miller et al. (2017). Em uma revisão não sistemática, os autores articularam alguns achados relevantes sobre essa associação, permitindo a compreensão de que há indícios de que tendências perfeccionistas tendem a impactar negativamente a formação e a manutenção da relação de trabalho entre paciente e terapeuta. Contudo, o rigor de uma revisão sistemática pode contribuir para que gargalos específicos ou pouco explorados na literatura acerca do tópico sejam elucidados, e que vieses sejam controlados. A partir de uma revisão detalhada dos dados reunidos, as evidências existentes podem ser mapeadas e organizadas, e uma agenda de pesquisa pode ser elaborada de maneira acurada.

Assim, considerando a possibilidade proporcionada por uma revisão sistemática de literatura de reduzir vieses nas interpretações dos achados e de garantir que as conclusões retiradas dos estudos sejam baseadas em evidências sólidas (Page et al., 2021), o presente estudo escolheu esse método para atingir seus propósitos. O objetivo principal deste trabalho foi entender se características perfeccionistas de pacientes adultos (com idade entre 18 e 59 anos) estão associadas à aliança terapêutica em contextos de psicoterapia. Especificamente, objetivou-se: (a) caracterizar as publicações em relação ao delineamento de pesquisa, amostra, definições teóricas e operacionais (instrumentos psicométricos) dos construtos de interesse; (b) entender como a relação entre perfeccionismo e aliança terapêutica acontece no nível dos traços perfeccionistas, das facetas de autoapresentação perfeccionista e das cognições perfeccionistas, segundo o modelo de Hewitt et al. (2017); e (c) compreender como as variáveis interagem no contexto terapêutico, qual a direção da associação entre elas, e identificar possíveis fatores mediadores e moderadores da relação.

MÉTODO

PROTOCOLO E REGISTRO

Para atingir os objetivos estabelecidos, uma revisão sistemática da literatura foi conduzida de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Page et al., 2021). O protocolo da revisão foi submetido e registrado no *Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) em junho de 2023 (código CRD42023434462).

ESTRATÉGIA DE BUSCA

O grupo-alvo deste estudo foi composto por adultos em processo de psicoterapia, participantes de estudos que articulam os conceitos “perfeccionismo” e “aliança terapêutica”, no contexto de psicoterapia. As buscas formais foram realizadas entre maio

e o início de junho de 2023, e atualizadas em janeiro de 2025, nas bases de dados PubMed, APA PsycInfo, Scopus, BVS, Web of Science e SciELO, bem como nas listas de referências de artigos publicados sobre o tema. A definição de descritores foi feita a partir da listagem dos termos mais frequentes em estudos de referência nos tópicos perfeccionismo e aliança terapêutica. A combinação de descritores que devolveu resultados mais acurados foi a seguinte: *perfectionism AND therapeutic alliance* (utilizados em português na base latino-americana SciELO).

ELEGIBILIDADE, EXTRAÇÃO DE DADOS E ANÁLISE DO RISCO DE VIÉS METODOLÓGICO

Foram incluídos trabalhos que: (a) associavam as variáveis de interesse (perfeccionismo e aliança terapêutica) ou construtos aproximados (p. ex., autocrítico); (b) apresentavam métodos experimentais, observacionais ou revisões sistemáticas; (c) tinham amostras compostas pelo público-alvo definido para este trabalho – pacientes e terapeutas (ou clínicos) adultos, no contexto clínico ou de psicoterapia conduzida em qualquer abordagem teórica; e (d) tivessem sido revisados por pares. Já os critérios de exclusão foram: (a) não apresentarem métodos experimentais, observacionais ou não serem revisões sistemáticas; (b) o resumo ou o trabalho completo estarem ausentes; (c) tratar de alianças de trabalho fora do campo da psicoterapia ou da clínica em saúde mental, ou terem amostras não compostas por adultos; e (d) não usar um instrumento de mensuração objetivo para as variáveis de interesse (perfeccionismo, construtos correlatos e aliança terapêutica).

Os resultados encontrados nas bases de dados foram lançados no *software* Rayyan, para a exclusão de duplicatas, e os trabalhos retirados das listas de referências foram manejados via Google Planilhas, cujos duplicados também foram excluídos. Após a seleção dos artigos e a remoção das duplicatas, as seguintes etapas foram realizadas: triagem de títulos, resumos e palavras-chave por critérios de inclusão; leitura dos textos completos para os estudos de elegibilidade considerando os critérios de exclusão; extração dos dados e análises de risco de viés e da qualidade metodológica dos trabalhos.

As etapas de triagem, estudos de elegibilidade, extração de dados e análises de risco de viés foram realizadas por dois membros da equipe de pesquisa separadamente, por meio do modo *blind* do Rayyan ou por planilhas separadas. Nos casos de discordância, foi feita uma avaliação por um terceiro autor, o qual não tinha conhecimento de quais foram as decisões tomadas pelos demais. O nível de concordância entre os autores foi estimado pelo coeficiente Kappa, que foi de 0,50 na etapa de triagem (concordância moderada) e de 1,00 na etapa de elegibilidade, indicando concordância completa entre os autores, de acordo com os parâmetros indicados por Landis & Koch (1977).

Posteriormente, cada artigo foi lido de maneira ativa para a extração dos dados. A seleção de informações foi feita de forma estruturada, por meio de perguntas elaboradas previamente pelos autores. A análise do risco de viés foi feita de

maneira quantitativa com o auxílio da ferramenta de avaliação crítica para estudos observacionais *Risk of Bias Utilized for Surveys Tool* (ROBUST; Nudelman & Otto, 2020). Ao final do processo, 12 trabalhos foram incluídos. O processo de busca e seleção de artigos científicos está descrito na Figura 1.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta um diagrama do fluxo de busca e seleção dos artigos incluídos na revisão. Inicialmente, os estudos foram identificados por meio das bases de dados ($n = 130$) e das listas de referências ($n = 29$), totalizando 159 registros. Após a remoção das duplicatas ($n = 77$), restaram 82 trabalhos para a triagem pelos critérios de inclusão – 57 foram excluídos nessa

fase. Com isso, 25 estudos foram selecionados para a etapa seguinte, sendo que 12 foram retirados por conta dos critérios de exclusão: dois deles por terem métodos não considerados pertinentes para esta revisão, três por estarem indisponíveis, dois por terem amostras diferentes da população-alvo e dois por não associarem as variáveis de interesse em suas análises. Por fim, 25 trabalhos foram avaliados quanto à elegibilidade, resultando em 12 publicações incluídas no estudo final.

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

A Tabela 1 apresenta uma caracterização dos trabalhos analisados. À primeira vista, é notória a existência de núcleos de pesquisadores comuns às publicações. Um exemplo marcante

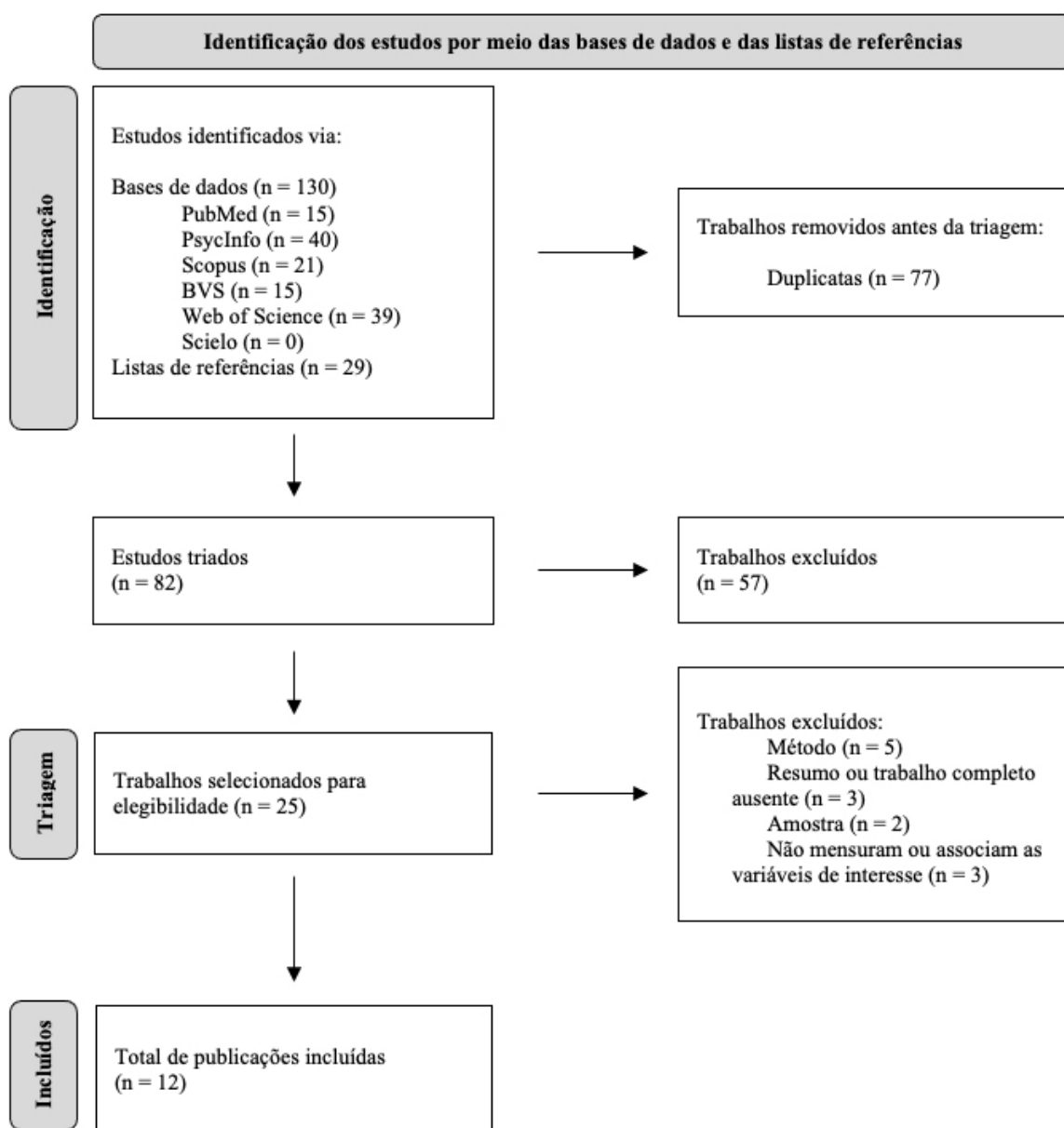


Figura 1. Diagrama de busca e seleção dos artigos.

são os trabalhos derivados do projeto *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP), conduzido pelo National Institute of Mental Health (NIMH), os quais compreendem 58,33% (7) do *corpus* de análise: Blatt et al. (1996), Blatt e Zuroff (2005), Hawley et al. (2006), Shahar et al. (2004) e Zuroff et al. (2000, 2010, 2016). Esse também é o caso de Hewitt et al. (2008, 2021).

Há, do mesmo modo, aproximações entre as amostras. O gênero feminino e as nacionalidades canadense e estadunidense foram predominantes. Cabe salientar que as variáveis de interesse foram mensuradas, majoritariamente, sob a perspectiva de pacientes, apesar de haver trabalhos nos quais percepções da aliança por parte de terapeutas, supervisores e observadores foram coletadas (como em Ganske et al., 2015; Hewitt et al., 2008, 2021; Zuroff et al., 2010, 2016).

Os principais resultados extraídos dos artigos selecionados para a leitura integral estão descritos na Tabela 2. Em 66,67% (8) das publicações, o perfeccionismo foi avaliado por meio de

uma subescala da Disfunctional Attitude Scale (DAS; Weissman & Beck, 1978), nomeada pelos autores ora como *DAS-Perfectionism*, ora como *DAS-Self Criticism*, ora como *DAS-Self-critic perfectionism* (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005; Hawley et al., 2006; Shahar et al., 2004; Zuroff et al., 2000, 2010, 2016). Essa subescala operacionaliza o construto de personalidade introjetiva, considerada uma caracterização do perfeccionismo por Blatt e Felsen (1993). A minoria dos estudos (4; 33,33%) valeu-se de escalas multidimensionais do perfeccionismo (Ganske et al., 2015; Gnilka et al., 2016; Hewitt et al., 2008, 2020).

Já os instrumentos de aliança terapêutica mais utilizados foram o The Barrett-Lennard Relationship Inventory (B-L RI; Barrett-Lennard, 1978), em 41,67% (5), e a Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS; Hartley & Strupp, 1983), utilizada em 25% (3) dos trabalhos (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005; Hawley et al., 2006; Shahar et al., 2004; Zuroff et al., 2000, 2010, 2016). Zuroff et al., 2000 utilizaram dois instrumentos concomitantemente. O B-L RI é pautado nas

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos

Autores	País	Método	N	Gênero feminino	Idade	Intervenção
Blatt et al. (1996)	Estados Unidos	Observacional retrospectivo*	[P] 162	-	-	TCC, TIP, IMI-CM, PLA-CM
Blatt & Zuroff (2005)	Estados Unidos	Observacional retrospectivo*	[P] 80	-	-	TCC, TIP, IMI-CM, PLA-CM
Ganske et al. (2015)	Estados Unidos	Observacional transversal	[Tr] 143 [T] 46	[Tr] 125 (87,4%) [T] 31 (67,4%)	[Tr] M = 28,5 SD = 6,2 [T] M = 40 SD = 9,78	[Tr] - IG, TCC, TIP, HM/EX, PA, C [T] - TCC, TIP, IG, HM/EX, PA
Gnilka et al. (2016)	Estados Unidos	Observacional transversal	[T] 170	148 (87%)	M = 29,37 SD = 7,60	-
Hawley et al. (2006)	Estados Unidos	Observacional retrospectivo*	[P] 128	[P] 69%	M = 35,5	TCC, TIP, IMI-CM, PLA-CM
Hewitt et al. (2008)	Canadá	Observacional transversal	[P] 90 [T] 3	[P] 45 (50%)	M = 36,20 SD = 11,06	Entrevista clínica
Hewitt et al. (2021)	Canadá	Observacional transversal	[P] 90 [T] 3	[P] 50 (56%) [T] 3 (100%)	[P] M = 36,2 SD = 11,1	Entrevista clínica
Shahar et al. (2004)	Estados Unidos	Observacional retrospectivo*	[P] 144	-	M = 35	TCC, TIP, IMI-CM, PLA-CM
Whelton et al. (2007)	Canadá	Observacional transversal	[P] 169	[P] 116 (69%)	M = 33 SD = 11,06	TCC, CP, FS, AN
Zuroff et al. (2010)	Estados Unidos	Observacional retrospectivo*	[P] 157 [T] 27	[P] 114 (73%) [T] 7 (26%)	[P] M = 35,1 SD = 8,60 [T] M = 41,5 SD = 8,23	TCC, TIP, IMI-CM, PLA-CM
Zuroff et al. (2016)	Estados Unidos	Observacional retrospectivo*	[P] 157 [T] 27	[P] 114 (73%) [T] 7 (26%)	[P] M = x [T] M = 41,51 SD = 8,23	TCC, TIP, IMI-CM, PLA-CM
Zuroff et al. (2000)	Estados Unidos	Observacional retrospectivo*	[P] 149	[P] 70%	M = 35	TCC, TIP, IMI-CM, PLA-CM

Nota. *Estudos derivados do ensaio clínico randomizado *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP). AN = Abordagens narrativas; C = Comportamental; CP = Centrada na pessoa; FS = Focada em solução; HM/EX = Humanista/existencial; IG = Integrativa; IMI-CM = Tratamento medicamentoso com imipramina; M = Média; P = Pacientes; PA = Psicanálise; PLA-MC = Placebo duplo-cego com manejo clínico; SD = Desvio padrão; T = Terapeutas/supervisores; TCC = Terapia cognitivo-comportamental; TIP = Terapia interpessoal; TR = *Trainees*; "-" = Informações não indicadas nos artigos.

assunções da teoria de Carl Rogers (Rogers, 1957) e define a empatia, a congruência e a aceitação positiva incondicional como os três pilares da relação terapêutica (Barrett-Lennard, 1978). Já a VTAS integra aspectos comuns a diversas teorias

acerca da aliança terapêutica, sendo uma delas a de Bordin (1979), e avalia as contribuições do terapeuta, do paciente e a qualidade da interação entre terapeuta e paciente (Hartley e Strupp, 1983).

Tabela 2. Síntese de resultados - Perfeccionismo e Aliança Terapêutica

Autores	Perfeccionismo (P)		Aliança terapêutica (AT)		Resultados (P x AT)
	Modelo	Medida	Modelo	Medida	
Blatt et al. (1996)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS (P)	Carl Rogers	B-L RI	P e AT interagem em uma relação de moderação em que AT modera a relação entre P e desfecho. A qualidade da AT foi preditiva de mudança terapêutica em níveis moderados de P.
Blatt & Zuroff (2005)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS (P)	Carl Rogers	B-L RI	A qualidade da AT (paciente) e as dimensões de personalidade pré-tratamento (perfeccionismo) mostraram-se ser os fatores mais consistentes de mudança terapêutica.
Ganske et al. (2015)	Perfeccionismo multidimensional de Slaney	ASP-R	Bordin	WAI-ST	P desadaptativo foi negativamente correlacionado com a AT com supervisores, mas não houve associações com a AT de clientes.
Gnilka et al. (2016)	Perfeccionismo multidimensional de Slaney	ASP-R	Bordin	WAI-ST	P desadaptativo e apego ansioso foram preditores negativos significativos da AT com clientes.
Hawley et al. (2006)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS	Diversas teorias	VTAS	A força da AT predispsse a mudança em P de maneira longitudinal ao longo da terapia.
Hewitt et al. (2008)	MCCP	HF-MPS PSPS	-	Impressões do clínico	Estilos de autoapresentação (P) influenciaram negativamente a experiência de pacientes em entrevistas clínicas iniciais e as impressões de clínicos (AT) sobre eles.
Hewitt et al. (2020)	MCCP	HF-MPS PSPS	-	Impressões do clínico	POO e NDI foram relacionados a piores impressões dos clínicos por meio dos maiores níveis de hostilidade. O PAO, PSP e NRI também tiveram relações pequenas a moderadas com piores impressões dos clínicos.
Shahar et al. (2004)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS	Diversas teorias	VTAS	A relação entre P e piores desfechos terapêuticos é mediada pela percepção de suporte social e AT.
Whelton et al. (2007)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS (SC)	Bordin	WAI-ST	Maior autocrítica (P) foi associada a menor percepção de AT por parte de pacientes.
Zuroff et al. (2000)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS (P)	Carl Rogers /Diversas teorias	B-L RI/VTAS	Pacientes com maiores níveis de P tiveram menor crescimento e menores contribuições para a AT ao longo do tratamento. A qualidade da AT foi preditiva de mudança terapêutica em níveis moderados de P.
Zuroff et al. (2010)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS (P/SC)	Carl Rogers	B-L RI	Terapeutas com níveis mais elevados de condições rogerianas (AT) apresentaram reduções em P.
Zuroff et al. (2016)	Personalidade analítica e introjetiva	DAS (P/SC)	Carl Rogers	B-L RI	Altos níveis de P reduziram os efeitos que as condições rogerianas (AT) exercem nos índices de desajuste. Menores níveis de P aumentam a probabilidade de que o paciente perceba condições rogerianas em seu terapeuta (AT).

Nota. APS-R = Almost Perfect Scale - Revised (Slaney, 2001); B-L RI = The Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1978); Bordin (1979); Carl Rogers (1957); DAS = Dysfunctional Attitudes Scale (S) (Weissman & Beck, 1978); DAS (P) = Subescala de perfeccionismo da DAS; DAS (SC) = Subescala de autocrítica da DAS; MCCP = Modelo compreensivo do comportamento perfeccionista (Hewitt et al., 2017); Modelo de personalidade analítica e introjetiva (Blatt & Felsen, 1993); MPS = Multidimensional Perfectionism Scale (Hewitt & Flett, 1991); NDI = não demonstração de imperfeição; NRI = não revelação da imperfeição; PAO = perfeccionismo auto-orientado; POO = perfeccionismo orientado ao outro; PSP = perfeccionismo socialmente prescrito; PSPS = Perfectionistic Self-presentations Scale (Hewitt et al., 2003); VTAS = Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley & Strupp, 1983); WAI-ST = Working Alliance Inventory Short Form (Hatcher & Gillaspay, 2006). “-” = Informações não indicadas nos artigos.

ASSOCIAÇÃO ENTRE PERFECCIONISMO E ALIANÇA TERAPÊUTICA: OS ESTUDOS DO TREATMENT OF DEPRESSION COLLABORATIVE RESEARCH PROGRAM

Os trabalhos incluídos no projeto guarda-chuva TDCRP foram precursores na identificação da relação entre perfeccionismo e aliança terapêutica. O TDCRP foi um estudo experimental (ensaio clínico randomizado) multicêntrico que comparou diferentes tipos de tratamentos breves para o transtorno depressivo maior em pacientes ambulatoriais, excluindo casos de depressão bipolar e psicose. Embora o experimento não tenha acusado diferenças significativas entre as diferentes condições, ele lançou luz ao forte poder preditivo dos aspectos interpessoais avaliados (haja vista, o perfeccionismo e a aliança terapêutica) sobre as medidas de desfecho terapêutico (redução dos sintomas, da vulnerabilidade para a depressão – perfeccionismo – e o aumento da resiliência) (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005).

É possível observar que os resultados indicaram que perfeccionismo e aliança terapêutica se associam negativamente na maior parte das análises do TDCRP, a exemplo dos dados articulados a seguir. Ambos demonstram ser preditores, tanto individuais quanto em conjunto, da responsividade ao tratamento (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005; Zuroff et al., 2000). Zuroff et al. (2000) examinaram a relação entre perfeccionismo, aliança terapêutica e desfecho clínico em pacientes deprimidos. Eles constataram que, enquanto pacientes com baixos níveis de perfeccionismo apresentaram aumento na contribuição para a aliança, pacientes com altos níveis não mostraram essa melhora, evidenciada por uma interação tempo *versus* perfeccionismo significativa ($F(2,294) = 4,26, p < .05$; linear: $F(1,147) = 7,63, p < .01$). Análises mediacionais demonstraram que o perfeccionismo previu desfechos clínicos piores ($\beta = -0,31, t(147) = -3,89, p < .001$) e foi negativamente associado ao aumento da contribuição do paciente para a aliança ($\beta = -0,24, t(147) = -2,98, p < .01$). Ao incluir essa variável mediadora, o efeito direto do perfeccionismo sobre o desfecho diminuiu (efeito indireto: $z = 2,61, p < .05$, com variância explicada caindo de 9% para 4%), indicando que a falha em desenvolver uma aliança terapêutica colaborativa medeia, em parte, o impacto negativo do perfeccionismo no resultado terapêutico.

Não obstante, a relação entre perfeccionismo, aliança terapêutica e desfecho parece não ser linear (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005; Zuroff et al., 2000). A qualidade da aliança entre a díade paciente-terapeuta teve efeitos atenuadores maiores na relação entre perfeccionismo e os ganhos clínicos em pacientes com níveis moderados da característica de personalidade (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005; Hawley et al., 2006). Blatt et al. (1996) observaram que essa moderação foi evidenciada por uma interação quadrática significativa entre o perfeccionismo e a qualidade da relação terapêutica na predição de um fator composto de melhoria clínica ($F(1,141) = 7,57, p < .01$, com incremento de $R^2 = 4,3\%$). Análises de

inclinações simples revelaram que, em níveis moderados de perfeccionismo, a qualidade da relação terapêutica previu significativamente a melhora clínica ($\beta = 0,41, t(143) = 3,64, p < .001$). Em níveis baixos e altos, esse efeito foi modesto. Pacientes altamente perfeccionistas tiveram piores resultados independentemente da influência da aliança (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005).

Para além de relações de moderação, o cumulativo dos dados possibilitou a identificação de relações mediacionais entre perfeccionismo, relações interpessoais (incluindo a aliança terapêutica) e os resultados terapêuticos, sugerindo uma triangulação por duas vias. Em uma delas, o caminho que leva o perfeccionismo aos piores desfechos terapêuticos parece ser parcialmente mediado pelas dificuldades dos sujeitos altamente perfeccionistas em manter uma aliança robusta e segura com seus terapeutas, especialmente a partir da metade do tratamento (Shahar et al., 2004; Zuroff et al., 2000). A segunda via dessa relação inclui outra dificuldade interpessoal: a diminuição geral na percepção de suporte social pelos pacientes mais perfeccionistas – variável que também predisse piores índices de melhora clínica (Hawley et al., 2006; Shahar et al., 2004; Zuroff et al., 2000).

Shahar et al. (2004) aplicaram modelagem de equações estruturais (SEM), combinando com modelo de diferenças latentes e análise confirmatória de fatores (CFA), para investigar se o efeito negativo do perfeccionismo sobre o desfecho terapêutico em depressão seria mediado tanto pela qualidade da aliança terapêutica (definida como a contribuição do paciente nas sessões iniciais e tardias) quanto pela percepção de suporte social. A CFA demonstrou ajuste adequado do modelo, com $\chi^2(82) = 105,62$, NNFI = 0,96, RMSEA = 0,04 e cargas fatoriais variando de .42 a .89 ($p < .001$). No modelo estrutural, o perfeccionismo pré-tratamento previu significativamente níveis mais baixos da aliança tardia ($\beta = -0,22, t = -2,4, p < .05$) e uma percepção social menos positiva ao término do tratamento, ($\beta = -0,28, t = -2,6, p < .01$).

As variáveis de interesse nesta revisão também foram analisadas considerando a aliança terapêutica como variável preditora e perfeccionismo como variável de desfecho.

Hawley et al. (2006) também fizeram uso do modelo de diferenças latentes para examinar mudanças no perfeccionismo ao longo do tratamento. O modelo estimado mostrou que a aliança terapêutica previu a redução do perfeccionismo com um ótimo ajuste ($\chi^2(64) = 83,01, \chi^2/df = 1,29, AIC = 163,01, CFI = .98, RMSEA = .04$) e um coeficiente de $-.90$ ($p < .05$), o que indica que uma aliança terapêutica mais forte facilitou a diminuição dos níveis de perfeccionismo, contribuindo, assim, para uma melhora mais rápida na depressão.

Ademais, a influência dos atributos dos terapeutas foi considerada para a investigação da associação entre a aliança formada pela díade e o perfeccionismo. Pacientes cujos terapeutas demonstraram maiores níveis de atitudes rogerianas (consideração positiva incondicional, empatia e autenticidade)

(Rogers, 1957), características consideradas vinculativas, alcançaram reduções mais rápidas nos sintomas depressivos e no perfeccionismo autocrítico – $F(1,492) = 7,60, p < .01, r = .249; \beta = -0,035, SE = .013$ (Zuroff et al., 2010).

Perceber as intenções de vinculação do terapeuta, porém, demonstrou ser uma tarefa desafiadora para indivíduos altamente perfeccionistas. Esses pacientes demonstraram ser menos sensíveis aos comportamentos vinculativos dos terapeutas, já que pessoas com níveis mais baixos de perfeccionismo autocrítico relataram experiências mais positivas das condições rogerianas ($\beta = -.30, t(150) = -3.27, p = .001, sr^2 = .058$) (Zuroff et al., 2016). Ainda, as análises moderacionais demonstraram que o efeito benéfico de terapeutas com alta média de condições rogerianas sobre a redução do mau ajustamento foi significativamente moderado pelos níveis iniciais de perfeccionismo autocrítico ($F(1,135) = 9,65, p = .002, r = .258; B = 20,06, SE = 6,46$), o que demonstra que pacientes mais autocríticos tendem a diminuir os efeitos que terapeutas com maiores níveis das condições rogerianas têm nos índices de desajuste (Zuroff et al., 2016).

Esses achados indicam que pacientes perfeccionistas tendem a fazer piores avaliações a respeito de seus terapeutas (Blatt & Zuroff, 2005; Zuroff et al., 2016), o que pode ser um obstáculo para que eles possam se beneficiar das intervenções. Em conjunto, os resultados dos estudos sob a égide do TDCRP sublinham a centralidade das características individuais (o perfeccionismo) dos pacientes para a formação e para a manutenção da aliança terapêutica, cabendo menor importância às contribuições dos terapeutas (Blatt & Zuroff, 2005; Zuroff et al., 2000, 2010, 2016).

DEMAIS ESTUDOS ACERCA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE PERFECCIONISMO E ALIANÇA TERAPÊUTICA

Whelton et al. (2007) examinaram a relação entre o autocriticismo (utilizado de forma intercambiável com o perfeccionismo) e a aliança terapêutica em pacientes de psicoterapia de uma clínica comunitária. De forma similar aos resultados anteriormente expostos, verificou-se que níveis mais elevados de autocrítica estão associados a avaliações piores do vínculo terapêutico, com correlações negativas significativas na terceira sessão ($r = -0,23 [p \leq .05]$) e na 12ª sessão ($r = -0,37 [p \leq .05]$) (Whelton et al., 2007). O estudo também demonstrou que a autocrítica se relaciona positivamente com a hostilidade ($r = 0,28, p \leq .01$) e negativamente com o afeto positivo ($r = -0,37, p \leq .01$). Por meio de análises de regressão, observou-se que, ao controlar a hostilidade, o efeito preditivo da autocrítica sobre a aliança terapêutica deixou de ser significativo ($t(113) = -1,84, p > .05$), evidenciando que a hostilidade medeia, pelo menos na fase inicial, a influência negativa da autocrítica no estabelecimento do vínculo terapêutico.

A partir de outro ponto de vista, Hewitt et al. (2008, 2021) valeram-se do MCCP (Hewitt et al., 2017) para avaliar os impactos iniciais do perfeccionismo na construção do vínculo com

o clínico. Os trabalhos buscaram identificar o impacto dos estilos de autoapresentação (Hewitt et al., 2008) e dos traços (Hewitt et al., 2021) nas experiências cognitiva, afetiva e fisiológica de pacientes em uma entrevista clínica inicial, a fim de elucidar as barreiras potenciais para a formação de um vínculo terapêutico com o clínico (Hewitt et al., 2008; Hewitt et al., 2021).

Ambos os estudos evidenciaram que as facetas de autoapresentação perfeccionista podem prejudicar significativamente a formação da aliança terapêutica. No estudo de Hewitt et al. (2008), as análises bivariadas mostraram que, quando se calculou uma pontuação de discrepância – refletindo a percepção do paciente de que o entrevistador avaliava os outros de forma mais positiva que ele –, as facetas de ocultação de imperfeições apresentaram correlações negativas significativas com as impressões clínicas (NRI apresentou $r = -0,30 [p < .01]$ e NDI apresentou $r = -0,31 [p < .01]$), indicando que quanto maior a tendência do paciente de não ser visto em seus erros ou falhas percebidas, mais ele interpretava a avaliação do clínico como desfavorável. Do mesmo modo, níveis mais altos de autoapresentação perfeccionista implicaram em maiores níveis de afetividade negativa antes e depois da entrevista e em experiências cognitivas ansiosas, marcadas por preocupações com o desempenho e com a possibilidade de enfrentamento de ameaças interpessoais (Hewitt et al., 2008).

De forma complementar, Hewitt et al. (2020) demonstraram – após controle dos sintomas depressivos e da ansiedade interpessoal – que as dimensões de perfeccionismo se manifestam de maneira distinta no contato com o terapeuta. O fator POO e a faceta NDI apresentaram relações positivas pequenas com a hostilidade avaliada pelos clínicos (correlações variando aproximadamente de $r = 0,21$ a $r = 0,26$). Já as dimensões PAO, PSP e NRI exibiram associações negativas, de moderadas a pequenas, com as impressões clínicas positivas (correlações na faixa de $r = -0,21$ a $-0,34$). Ademais, por meio de análises de mediação, foi revelado que tanto POO quanto NDI influenciam indiretamente as impressões clínicas desfavoráveis por meio do aumento da hostilidade percebida durante a entrevista – sendo o efeito indireto de POO $B = -0,03, \beta = -0,04 [IC\ 95\%: -0,120; -0,002]$ com $SE = 0,03$; e o efeito indireto de NDI $B = -0,03, \beta = -0,10 [IC\ 95\%: -0,242; -0,022]$ com $SE = 0,05$ (Hewitt et al., 2020).

Em síntese, os achados integrados sugerem que estratégias interacionais perfeccionistas (estilos de autoapresentação) que envolvem a ocultação ou a negação de imperfeições estão associadas a percepções menos favoráveis por parte dos clínicos – seja por uma percepção de que o paciente não é tão bem visto quanto outros, seja por uma maior hostilidade manifestada durante o encontro. Esses resultados reforçam a ideia de que tanto os componentes traço quanto os aspectos de autoapresentação do perfeccionismo podem comprometer a qualidade da aliança terapêutica, evidenciando a importância de avaliá-los e abordá-los precocemente no tratamento.

Os dois últimos estudos a serem descritos, Ganske et al. (2015) e Gnilka et al. (2016), utilizaram a Revised Almost Perfect Scale (APS-R) para medir o perfeccionismo (Slaney et al. (2001). Eles valeram-se da subescala de *padrões pessoais* para identificar uma forma adaptativa de perfeccionismo e da de *discrepância* para identificar uma forma de perfeccionismo desadaptativo (Slaney et al., 2001). Os achados de Ganske et al. (2015) indicaram que a discrepância foi inversamente correlacionada com a aliança de trabalho entre o clínico e seu supervisor, porém não foram verificadas associações entre essa dimensão perfeccionista e a aliança com o cliente. A dimensão de *altos padrões pessoais* também não se correlacionou com nenhuma aliança de trabalho avaliada: nem a com supervisor clínico e nem a com o cliente (Ganske et al., 2015).

Por fim, Gnilka et al. (2016), em um estudo semelhante ao de Ganske et al. (2015), buscaram elucidar o papel moderador que *padrões pessoais* e *discrepância* teriam na relação entre estilos de apego em adultos (ansioso e evitativo) e a aliança de trabalho tanto com o cliente (aliança terapêutica) quanto com o supervisor. Os autores identificaram que os escores da dimensão *discrepância* e ambas as pontuações de apego foram significativa e negativamente correlacionadas com ambas as pontuações de aliança, com supervisores e com clientes; com clientes, a discrepância mostrou uma correlação negativa com a aliança de $r = -.28$ e $p < .05$ (Gnilka et al., 2016).

ANÁLISE DO RISCO DE VIÉS

A análise do risco de viés foi feita de maneira quantitativa, por meio da avaliação de dois autores individualmente, utilizando a ROBUST (Nudelman & Otto, 2020). Este instrumento é composto por oito itens, respondidos de maneira binária (sim ou não) a respeito da presença (sim) ou ausência (não) do parâmetro de qualidade. Para cada resposta “sim” foi pontuado um, e para cada resposta “não” nenhum ponto foi atribuído.

Ainda não há informações a respeito de pontos de corte, porém, em consonância com a sugestão dos autores, os escores podem ser interpretados de acordo com uma graduação de níveis de evidência (Nudelman & Otto, 2020). Seguem as classes definidas (em tradução livre): um estudo *bom* é aquele que atende a todos ou a quase todos os critérios; um estudo *regular* é aquele que não atende a todos os critérios, mas não apresenta falhas graves; e estudos *fracos* são aqueles que pontuam baixo e que têm falhas graves. Os resultados dessa etapa, bem como o nível de concordância entre os juízes, podem ser vistos na Tabela 3.

DISCUSSÃO

O objetivo deste artigo foi compreender as associações entre características perfeccionistas de pacientes adultos em psicoterapia e a aliança terapêutica. Por meio de uma investigação robusta da literatura, buscou-se caracterizar os métodos, os modelos teóricos e os instrumentos utilizados nos estudos revisados, analisar as nuances dessa relação no nível dos traços, das facetas de autoapresentação e das cognições perfeccionistas, e compreender como as variáveis interagem no contexto terapêutico (relação com outras variáveis da intervenção, direção da associação, fatores mediadores e moderadores).

As evidências reunidas indicam de maneira consistente que o perfeccionismo tende a estar negativamente associado às medidas de aliança terapêutica, e que essas interações demonstram impactar negativamente os desfechos clínicos. A literatura analisada mostrou que relações mediacionais e de moderação ocorrem entre essas variáveis (Blatt et al., 1996; Blatt & Zuroff, 2005; Hawley et al., 2006; Shahr et al., 2004; Zuroff et al., 2000). Ao que foi observado, a aliança terapêutica parece ser tanto um mecanismo que explicaria os impactos nocivos do perfeccionismo para o tratamento (mediação) quanto

Tabela 3. Análise do risco de viés metodológico

Autores	Juiz 1	Juiz 2	Média	Interpretação	Kappa	Interpretação
Blatt et al. (1996)	7	7	7	Bom	1.00	Muito boa concordância
Blatt & Zuroff (2005)	7	7	7	Bom	1.00	Muito boa concordância
Ganske et al. (2015)	6	5	5,5	Regular	.71	Boa concordância
Gnilka et al. (2016)	6	5	5,5	Regular	.71	Boa concordância
Hawley et al. (2006)	7	6	6,5	Bom	.60	Concordância moderada
Hewitt et al. (2008)	5	6	5,5	Regular	.71	Boa concordância
Hewitt et al. (2021)	5	6	5,5	Regular	.71	Boa concordância
Shahr et al. (2004)	7	7	7	Bom	1.00	Muito boa concordância
Whelton et al. (2007)	6	6	6	Bom	1.00	Muito boa concordância
Zuroff et al. (2010)	7	7	7	Bom	1.00	Muito boa concordância
Zuroff et al. (2016)	7	7	7	Bom	1.00	Muito boa concordância
Zuroff et al. (2000)	7	7	7	Bom	1.00	Muito boa concordância

Nota. Pontuação relativa ao número de “Sim” respondidos pelos juízes com relação à presença dos parâmetros estabelecidos na ROBUST. Pontuação máxima: 8. Interpretação do índice Kappa de acordo com as indicações de Landis & Koch (1977).

uma variável que influencia a intensidade e a direção desse efeito (moderação).

Nesse sentido, esta revisão elucidou que a relação entre as características perfeccionistas e a aliança é complexa, impactando o processo de psicoterapia desde antes de seu início, quando o paciente ainda não se encontrou com o clínico pela primeira vez, até fases mais avançadas do tratamento. Hewitt et al. (2008, 2021) caracterizaram o que parece corroborar a existência de processos de desconexão social subjetiva no contexto psicoterapêutico: a expectativa criada por pacientes perfeccionistas de que serão duramente julgados e de que não receberão o acolhimento de que precisam dos terapeutas, experiência potencialmente geradora de atitudes de distanciamento. Os autores encontraram que nos momentos mais tenros da intervenção, pacientes com altos níveis de facetas de autoapresentação perfeccionista, como a preocupação com a exibição de falhas, tendem a experimentar reações de ansiedade e preocupação com o julgamento do profissional. No primeiro encontro, momento em que os primeiros passos da relação são dados, pacientes perfeccionistas tendem a experimentar autocritica intensa, hipervigilância e respostas fisiológicas de estresse em momentos que exigem um nível moderado de autorrevelação (Hewitt et al., 2008).

Em relação aos traços, foi observado que pacientes com níveis marcados de POO e elevada *não demonstração de imperfeição* (NDI) demonstraram maior hostilidade em relação aos terapeutas, o que resultou em piores impressões dos clínicos e dificuldades no estabelecimento de vínculos colaborativos (Hewitt et al., 2021). A hostilidade, o esforço para mascarar ou não revelar erros, as baixas expectativas de se receber acolhimento do profissional e as piores percepções a respeito das atitudes vinculativas dos terapeutas são desafios que parecem conferir obstáculos à construção de uma aliança terapêutica colaborativa entre o perfeccionista e seu terapeuta (Hewitt et al., 2008, 2021; Whelton et al., 2007; Zuroff et al., 2010, 2016).

Uma vez iniciado o processo, pessoas com níveis moderados e altos de características perfeccionistas tendem a ter menor crescimento da aliança ao longo do tratamento (Blatt & Zuroff, 2005; Whelton et al., 2017; Zuroff et al., 2000, 2010, 2016). Isso se amplifica com a tendência ao desengajamento da relação desses pacientes a partir na segunda metade do tratamento (Blatt & Zuroff, 2005; Zuroff et al., 2000).

Mesmo que em menor quantidade, alguns achados ainda indicam que esses desafios surgem tanto no sentido paciente-terapeuta quanto no oposto: terapeuta-paciente (Gnilka et al., 2016; Hewitt et al., 2008, 2020; Whelton et al., 2007; Zuroff et al., 2010, 2016). Teoriza-se que processos de desconexão social objetiva também podem se dar a partir das respostas dos terapeutas aos comportamentos observáveis perfeccionistas, frequentemente desconcertantes (Hewitt et al., 2017). Ou seja, o que antes era objeto de temor, em dado momento do processo pode se tornar concreto: atitudes hostis, evitativas ou de afastamento podem gerar conflitos, dificuldades de ajuste da dupla e até mesmo a ruptura do vínculo.

Outrossim, a desconexão social parece não ser específica ao contexto clínico. O paciente perfeccionista parece ter piores percepções de suporte social para além do *setting* terapêutico, como nas suas relações familiares, de amizade e comunitárias. Somados, as piores percepções e o desengajamento nas relações sociais (incluindo a relação terapêutica) foram fortes preditores dos piores resultados em terapia (Shahar et al., 2004). Em suma, o perfeccionismo não apenas dificulta a experiência privada do indivíduo, gerando intenso sofrimento psíquico, como também se manifesta na dimensão interpessoal, potencialmente comprometendo o engajamento do terapeuta e enfraquecendo a rede de apoio do paciente. O postulado pelo MDSP, assim, manteve sua pertinência no conjunto de informações articuladas na revisão.

Apesar do exposto, as lacunas observadas na literatura são notórias. Apenas uma minoria dos estudos empregou modelos multidimensionais do perfeccionismo (33,3%), implicando em uma exploração limitada das diferenças entre os traços e as facetas de autoapresentação perfeccionista no impacto para a aliança de trabalho entre paciente e terapeuta. Esse gargalo é de extrema relevância, considerando que os modelos multidimensionais, como o proposto por Hewitt et al. (2017), são amplamente aceitos e oferecem maior capacidade de capturar a complexidade do construto.

A aliança terapêutica, por sua vez, foi frequentemente avaliada com instrumentos desenvolvidos em períodos anteriores à consolidação de medidas psicometricamente robustas, como o Working Alliance Inventory - Short Form (WAI-ST) (Hatcher & Gillaspay, 2006). Essa limitação metodológica indica que os resultados apresentados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a validade interna pode estar comprometida devido às disparidades entre as definições conceituais e operacionais para os mesmos construtos, como o visto na Tabela 2.

A possibilidade de generalização dos resultados também é restrita. Grande parte dos estudos revisados foi conduzida em amostras homogêneas em termos de perfis sociodemográficos e culturais, restringindo a possibilidade de que os achados possam ser interpretados como válidos para outras populações. Ademais, não foram encontrados estudos conduzidos na América Latina, o que aponta para a necessidade de se explorar a relação entre perfeccionismo e aliança terapêutica em contextos culturais diversos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo, ao que foi possível observar nas buscas, é a primeira revisão sistemática da literatura sobre a associação entre o perfeccionismo e a aliança terapêutica. Trabalhos anteriores não informaram seus métodos ou selecionaram os estudos de maneira não sistemática (p. ex., Miller et al., 2017). Os resultados sintetizados organizam as evidências publicadas a respeito da relação entre essas variáveis até o momento e lançam luz sobre a pertinência do MDSP para o contexto clínico.

Por fim, este estudo aponta para a necessidade de que futuras pesquisas explorem o impacto do perfeccionismo para a aliança terapêutica com maior detalhamento e rigor teórico e metodológico. Sobretudo, ressalta-se a necessidade de que modelos e instrumentos de avaliação multidimensionais sejam utilizados e de que amostras culturalmente diversas sejam incluídas. Futuras investigações podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes para o tratamento de pessoas com altos níveis de características perfeccionistas, promovendo desfechos clínicos mais promissores para essa população.

REFERÊNCIAS

- Bailey, R. J., & Ogles, B. M. (2023). *Common factors therapy: A principle-based treatment framework*. American Psychological Association.
- Barrett-Lennard, G. T. (1978). The relationship inventory: Development and adaptations. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8.
- Blatt, S., & Felsen, I. (1993). Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychotherapy Research*, 3(4), 245-259.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical psychology review*, 25(4), 459-486.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 162-171.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lun, J., & Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121-132.
- Casale, S., Svicher, A., Fioravanti, G., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Pozza, A. (2024). Perfectionistic self-presentation and psychopathology: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 31(2), e2966.
- Etherson, M. E., Smith, M. M., Hill, A. P., Sherry, S. B., Curran, T., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2024). Perfectionism, feelings of not mattering, and suicide ideation: An integrated test of the perfectionism social disconnection model and the existential model of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 42(6), 725-742.
- Ferber, K. A., Chen, J., Tan, N., Sahib, A., Hannaford, T., & Zhang, B. (2024). Perfectionism and social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(3), 329-343.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2020). Reflections on three decades of research on multidimensional perfectionism: An introduction to the special issue on further advances in the assessment of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 3-14.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2024). The need to focus on perfectionism in suicide assessment, treatment and prevention. *World Psychiatry*, 23(1), 152-154.
- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., Su, C., Yacyshyn, C., Moore, K., & Lahijanian, A. (2024). The Social Comparison Rumination Scale: Development, psychometric properties, and associations with perfectionism, narcissism, burnout, and distress. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 42(6), 685-704.
- Ganske, K. H., Gnilka, P. B., Ashby, J. S., & Rice, K. G. (2015). The relationship between counseling trainee perfectionism and the working alliance with supervisor and client. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 14-24.
- Gnilka, P. B., Rice, K. G., Ashby, J. S., & Moate, R. M. (2016). Adult attachment, multidimensional perfectionism, and the alliances among counselor supervisees. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 285-296.
- Hartley, D., & Strupp, 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). Erlbaum.
- Hatcher, R. L., & Gillasp, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.
- Hawley, L. L., Ho, M. H. R., Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 930-942.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P. L., Chen, C., Smith, M. M., Zhang, L., Habke, M., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2021). Patient perfectionism and clinician impression formation during an initial interview. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(1), 45-62.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Mikail, S. F., Kealy, D., & Zhang, L. C. (2017). Perfectionism in the therapeutic context: The perfectionism social disconnection model. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 306-330). Routledge.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait Perfectionism Dimensions and Suicidal Behavior. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 215-235). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-010>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., ... Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303-1325.
- Hewitt, P. L., Habke, A. M., Lee-Baggey, D. L., Sherry, S. B., & Flett, G. L. (2008). The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry*, 71(2), 93-122.
- Hewitt, P. L., Smith, M. M., Deng, X., Chen, C., Ko, A., Flett, G. L., & Paterson, R. J. (2020). The perniciousness of perfectionism in

- group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*, 57(2), 206-218.
- Hewitt, P. L., Smith, M. M., Ge, S. Y., Mössler, M., & Flett, G. L. (2022). Perfectionism and its role in depressive disorders. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 54(2), 121-131.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Miller, R., Hilsenroth, M. J., & Hewitt, P. L. (2017). Perfectionism and therapeutic alliance: A review of the clinical research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 20(1), 19-29.
- Nepon, T., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2024). Perfectionism, self-image goals and compassionate goals in health and mental health: A longitudinal analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 42(6), 650-667.
- Nudelman, G., & Otto, K. (2020). The development of a new generic risk-of-bias measure for systematic reviews of surveys. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 16(4), 278-298.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71).
- Prusiński, T. (2024). The linear pattern of therapeutic alliance development: Exploring the relationship between alliance trajectories over time and the outcomes of systemic psychotherapy treatment for adaptation disorders. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(4), 1322-1336.
- Randall, E. T., Cole-Lewis, Y. C., Petty, C. R., & Jervis, K. N. (2021). Understanding how perfectionism impacts intensive interdisciplinary pain treatment outcomes: A nonrandomized trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(3), 351-362.
- Robinson, A., Moscardini, E., Tucker, R., & Calamia, M. (2022). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, self-oriented perfectionism, interpersonal hopelessness, and suicidal ideation in US adults: Reexamining the social disconnection model. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1447-1461.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21(2), 95-103.
- Sametoglu, S., Denissen, J. J. A., De Clercq, B., & De Caluwé, E. (2022). Towards a better understanding of adolescent obsessive-compulsive personality traits and obsessive-compulsive symptoms from growth trajectories of perfectionism. *Development and Psychopathology*, 34(4), 1468-1476.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L., & Sotsky, S. M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 140-154.
- Slaney, R., Rice, K., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 34(3), 130-145.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Lee-Baggeley, D. (2022a). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology*, 63(1), 16-31.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2022b). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 84, 101982.
- Stoeber, J. (2017). The psychology of perfectionism: An introduction. In J. Stoeber (ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 3-17). Routledge.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation.
- Welch, H. A., Agras, W. S., Lock, J., & Halmi, K. A. (2020). Perfectionism, anorexia nervosa, and family treatment: How perfectionism changes throughout treatment and predicts outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2055-2060.
- Whelton, W. J., Paulson, B., & Marusiak, C. W. (2007). Self-criticism and the therapeutic relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(2), 135-148.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 114-124.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681-697.
- Zuroff, D. C., Shahar, G., Blatt, S. J., Kelly, A. C., & Leybman, M. J. (2016). Predictors and moderators of between-therapists and within-therapist differences in depressed outpatients' experiences of the Rogerian conditions. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 162-172.

Artigo submetido em: 18 de dezembro de 2024.

Artigo Aceito em: 26 de abril de 2025.

Artigo publicado online em: 17 de novembro de 2025.

Fonte de financiamento: Nada consta.

Editora responsável:

Carmem Beatriz Neufeld

Outras informações relevantes:

Este artigo foi submetido no GNPapers da RBTC código 571.