





Artigo de investigação

Processo da aliança terapêutica em um caso bem-sucedido de psicoterapia psicodinâmica on-line para ansiedade

Alliance process in a successful case of online psychodynamic psychotherapy for anxiety

Proceso de alianza terapéutica en un caso exitoso de psicoterapia psicodinámica on-line para la ansiedad

Luan Paris Feijó ¹ , Betina Capobianco Strassburger ² , Eduarda Duarte de Barcellos ² , Fernanda Barcellos Serralta ² 

¹ Universidad La Salle, Brasil.

² Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil.

Fecha correspondencia:

Recebido: julho 27 de 2021.

Aceito: julho 14 de 2022.

Forma de citar:

Feijo, L. P., Strassburger, B. C., Barcellos, E. D., & Serralta, F. B. (2023). Processo da aliança terapêutica em um caso bem-sucedido de psicoterapia psicodinâmica on-line para ansiedade. *Rev. CES Psico*, 16(1), 111-131. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.6339>

Open access

© Derecho de autor

Licencia [creative commons](#)

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por [Open Journal System](#)

DOI: 10.21615/cesp.6339

ISSNe: 2011-3080

[Publica con nosotros](#)

Resumo

A aliança terapêutica (AT) é um dos principais preditores de bons desfechos psicoterapêuticos. Atualmente, estudos intensivos do processo de AT na psicoterapia on-line são escassos. Este estudo objetivou descrever o processo da AT ao longo do tratamento on-line, tendo em vista indicadores presentes no processo psicoterápico em geral e a percepção da díade sobre o seu nível ao longo das sessões (macroprocessos), bem como a sua variação nas sessões (microprocesso). Estudos que envolvem a análise multinível da AT contribuem para melhor compreensão e estabelecimento desta nos tratamentos. Trata-se de um desenho naturalístico por meio do estudo de caso sistemático. Participaram uma terapeuta de orientação psicanalítica e uma paciente, jovem adulta, com queixa para sintomas de ansiedade. O tratamento foi composto de 24 sessões on-line, videogravadas e transcritas e o seu desfecho considerado bem-sucedido. Os dados foram coletados por meio do *Psychotherapy Process Q-Set*, *Working Alliance Inventory* e do *Rupture Resolution Rating System* e analisados utilizando dados descritivos. Os resultados indicaram processo colaborativo e altos valores por parte do paciente e da terapeuta nos domínios da AT (tarefas, objetivos e vínculo). No

microproceso, houve mais rupturas de evitação, e impacto global maior das resoluções do que das rupturas na AT. Tais achados foram discutidos sob a perspectiva psicodinâmica e configuram idiosincrasias do atendimento com esse público. Por fim, são indicadas as limitações e sugestões para novos estudos sobre o processo da aliança na psicoterapia on-line.

Palavras-chaves: telepsicologia; psicoterapia online; psicoterapia psicodinâmica; aliança terapêutica.

Abstract

The therapeutic alliance (TA) is one of the main predictors of good psychotherapeutic outcomes. Currently, intensive studies of the TA process in online psychotherapy are scarce. This study aimed to describe the TA process throughout the online treatment, considering indicators present in the psychotherapeutic process in general and the perception of the dyad regarding its level throughout the sessions (macroprocess). Studies involving the multilevel analysis of TA contribute to a better understanding and establishment of this in treatments. This was a naturalistic design through a systematic case study. A psychoanalytic therapist and a young adult patient with complaints of anxiety symptoms participated. The treatment consisted of 24 online sessions, videotaped, and transcribed and its outcome was considered successful. Data were collected using the Psychotherapy Process Q-Set, Working Alliance Inventory and the Rupture Resolution Rating System and analyzed using descriptive data. The results indicated a general collaborative process and high values on the part of the patient and the therapist in the domains of the TA (tasks, goals, and bond). In the microprocess, there were more avoidance disruptions and greater global impact of resolutions than there were disruptions. These findings were discussed from a psychodynamic perspective and constitute idiosyncrasies of care with this public. Finally, the limitations and suggestions for further studies regarding the alliance process in online psychotherapy are discussed.

Keywords: telepsychology; online psychotherapy; psychodynamic psychotherapy; therapeutic alliance.

Resumen

Alianza terapéutica (AT) es uno de los principales predictores de buenos resultados psicoterapéuticos. Actualmente, los estudios intensivos del proceso de AT en psicoterapia en línea son escasos. Los estudios que involucran el análisis multinivel de la AT contribuyen a una mejor comprensión y establecimiento de esta en los tratamientos. Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de AT a lo largo del tratamiento en línea, considerando indicadores presentes en el proceso psicoterapéutico en general y la percepción de la díada de su nivel a lo largo de las sesiones (macroprocesos), así como su variación en las sesiones (microproceso). Es un diseño naturalista a través de un estudio de caso sistemático. Participaron una terapeuta de orientación psicodinámica y una paciente, adulta joven, con queja de síntomas de ansiedad. El

tratamiento consistió en 24 sesiones en línea, grabadas en video y transcritas, y su resultado se consideró exitoso. Los datos fueron recolectados usando el Psychotherapy Process Q-Set, Working Alliance Inventory y el Rupture Resolution Rating System y analizados usando datos descriptivos. Los resultados indicaron un proceso colaborativo y altos valores por parte del paciente y el terapeuta en los dominios de AT (tareas, objetivos y vínculo). En el microproceso, hubo más interrupciones por evasión y un mayor impacto general de las resoluciones que de las interrupciones. Estos hallazgos fueron discutidos desde una perspectiva psicodinámica y configuran idiosincrasias del servicio brindado a esta audiencia. Finalmente, se señalan limitaciones y sugerencias para estudios adicionales sobre el proceso de alianza en psicoterapia en línea.

Palabras clave: telepsicología; psicoterapia en línea; psicoterapia psicodinámica; alianza terapéutica.

Introdução

Historicamente, a formulação do que se constituiria o construto de aliança terapêutica (AT) possui origem nas obras freudianas, quando Freud distinguiu a transferência positiva da negativa e suas partes conscientes e inconscientes. Para o autor, a relação de trabalho da dupla residiria na transferência positiva consciente, transmitida por meio de sentimentos afetuosos que ajudariam o paciente a se vincular ao terapeuta (Freud, 1912). No entanto, foi a escola psicanalítica conhecida como psicologia do ego que contribuiu substancialmente para a definição do construto, propondo que, durante o trabalho psicanalítico, uma parte do ego se dissociaria do conflito inconsciente e deslocaria como observadora, fora da zona de conflito. Seria com esta parte colaborativa do ego que o psicoterapeuta deveria aliar-se (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

Zetzel foi quem utilizou pela primeira vez o conceito de Aliança Terapêutica, diferenciando-a da transferência positiva (Oliveira & Benetti, 2015; Peres, 2009; Pieta, 2014). Já na perspectiva desenvolvida por Greenson, além do vínculo da dupla, constitui-se como uma aliança de trabalho, isto é, como uma atividade colaborativa e conjunta no decorrer do processo psicoterápico (Peres, 2009). Muitas vezes, a aliança terapêutica e de trabalho são utilizadas como sinônimos nas pesquisas, pois remetem ao conceito geral de relacionamento colaborativo da díade (Flückiger et al., 2018; Pieta & Gomes, 2017).

Atualmente, o conceito operacionalizado por Bordin é o mais adotado nas pesquisas em psicoterapia, pois abrange uma perspectiva transteórica que contempla aspectos de vinculação da dupla e do tratamento psicoterápico em três dimensões que integram as perspectivas de Zetzel e Greenson, sendo a AT constituída por um acordo, implícito ou explícito, sobre os objetivos e as tarefas do tratamento, bem como pelo vínculo de confiança e apego entre terapeuta e paciente (Bordin, 1979; Oliveira & Benetti, 2015; Serralta et al., 2020). Assim, destaca-se que um desajuste entre um destes três domínios é indicativo de uma ruptura na AT

e poderia prejudicar o progresso psicoterápico (Safran & Kraus, 2014). Ademais, tem-se evidenciado que, tanto inicialmente quanto ao longo do tratamento, parte da explicação dos resultados psicoterápicos depende do estabelecimento e manutenção de uma boa (ou suficientemente boa) AT (Flückiger et al., 2018; Flückiger et al., 2012; Wampold, 2015).

Nesse sentido, sabe-se que a AT é um fator comum entre as diferentes abordagens psicoterápicas. Reconhece-se também que ela é preditora modesta mas consistente de resultados positivos e de que ocorre durante todo o processo psicoterapêutico (Cook & Doyle, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Socala et al., 2012). Atualmente, ela também vem sendo amplamente investigada no contexto on-line, entretanto, em caráter global, do macroprocesso (Cook & Doyle, 2002; Pieta, 2014; Socala et al., 2012; Watts et al., 2020) e não intensivo, em relação ao microprocesso, isto é, em relação à sua variação dentro das sessões.

Compreende-se que a AT não é estática e cristalizada, mas sim dinâmica e oscilante ao longo do tratamento psicoterápico. Essa concepção teórica está sustentada nos estudos da segunda geração sobre AT que focalizam sua compreensão nos trabalhos sobre o macroprocesso que, ao invés de medir a AT em um só ponto, o fazem em vários momentos do tratamento (Barber et al., 2000; Costa et al., 2019) e nos de microprocesso de uma psicoterapia, investigando em detalhes segmentos e/ou trechos a sua descrição na totalidade da sessão e utilizando-a para as medidas de processo-resultado do tratamento (Dotta et al., 2020; Eubanks et al., 2015).

Em razão da sua oscilação, a AT pode ser tanto fortalecida de forma colaborativa, quanto enfraquecida e ainda reparada pelo terapeuta, por isso chama a atenção dos pesquisadores (Coutinho et al., 2014; Eubanks et al., 2015). Nos estudos atuais, a compreensão volta-se sobre como a dupla colabora para a conservação da AT (Ribeiro et al., 2013) e como ocorrem as rupturas e resoluções da AT (Dotta et al., 2020; Gülüm et al., 2016; Ribeiro et al., 2011; Safran et al., 2011). Assim, embora se saiba que o processo dinâmico de fortalecimento e enfraquecimento da AT seja inevitável ao longo do tratamento, tecnicamente ele precisa ser trabalhado, o que requer do terapeuta habilidades específicas (Dotta et al., 2020; Safran et al., 2011; Safran & Muran, 2006).

As rupturas da AT são entendidas como momentos de tensão ou de quebras da interação na relação terapêutica. Segundo Eubanks et al. (2015), elas podem ser de dois subtipos a) rupturas de evitação, quando o paciente está afastando-se do terapeuta ou dos objetivos e tarefas terapêuticas, e b) rupturas de confrontação, quando o paciente responde movendo-se contra o terapeuta ou o trabalho psicoterapêutico. Já as resoluções são tentativas de reparações realizadas pelo psicoterapeuta sobre uma ruptura. Compreende-se que é inevitável a ocorrência de rupturas ao longo do tratamento, entretanto, quando ocorre, o psicoterapeuta deve estar preparado para manejar e reparar essas rupturas, uma vez que a falta de resolução e o enfraquecimento da AT podem levar ao abandono psicoterápico (Eubanks et al., 2015; Flückiger et al., 2012).

Nos estudos sobre AT online, não tem se encontrado diferenças estatísticas significativas nos níveis gerais de AT entre tratamentos presenciais e on-line (Cook & Doyle, 2002; Pieta, 2014; Prado & Meyer, 2006; Sucala et al., 2012). Cook e Doyle (2002) compararam o tratamento on-line de 15 pacientes com 25 pessoas em sessões de psicoterapia presencial. Para esta avaliação, utilizou-se o instrumento *Working Alliance Inventory* (WAI). Os resultados deste estudo indicaram médias significativamente mais altas na subescala objetivo e na pontuação composta para a terapia on-line, sugerindo que a AT pode também ser estabelecida nesse contexto. No Brasil, Prado e Meyer (2006) avaliaram a AT em 53 tratamentos a distância – assíncronos - por meio do WAI. Os resultados foram de que, após o seu estabelecimento, em torno da quinta sessão, ela se manteve estável durante todo o tratamento (quinze sessões), sugerindo que a AT manteve características semelhantes às encontradas nos estudos de psicoterapia tradicional.

O estudo experimental conduzido no Brasil e em psicoterapia psicanalítica, por Pieta (2014) utilizou o WAI para avaliar diferenças entre sessões tradicionais e as on-line e o *Outcome Questionnaire* para mensurar o resultado dos tratamentos. Os achados do estudo indicam que não existiram diferenças significativas entre a psicoterapia psicanalítica on-line e a presencial, em relação aos níveis globais de AT. Outro resultado importante desta pesquisa foi o efeito terapêutico positivo e a remissão dos sintomas nos pacientes no grupo de terapia on-line.

Ademais, o estudo meta-analítico recente sobre AT (Flückiger et al., 2018) evidenciou efeito positivo da AT nos resultados do tratamento, tanto nas psicoterapias presenciais quanto aquelas baseadas na internet. Na presencial, a associação entre AT e resultado foi de $r = .278$, $p < .0001$, enquanto na internet $r = .275$, $p < .0001$. Esses resultados indicam que AT e resultado do tratamento estão correlacionados e em medida semelhante nos dois modelos de atendimento. Já em outra revisão sistemática, que avaliou 12 estudos sobre AT por meio da videoconferência (Norwood et al., 2018), indicou-se que AT on-line foi inferior à mesma no tratamento presencial, mas a remissão dos sintomas apresentou resultados semelhantes em ambos os tratamentos.

Nota-se, entretanto, que os estudos conduzidos sobre AT em psicoterapia on-line até o momento focalizam exclusivamente a sua mensuração geral mediante escalas de autorrelato respondidas pelo paciente, pelo terapeuta ou por ambos, comparando os níveis com psicoterapias face a face ou examinando-os em relação ao desfecho do tratamento. Há ainda a necessidade de condução de estudos específicos de processo (Norwood et al., 2018), que explorem mais profundamente a AT no contexto on-line (Flückiger et al., 2018) e, em especial, de microprocessos envolvendo a negociação da aliança (rupturas e reparações) nas sessões sequenciais de tratamentos bem e malsucedidos on-line.

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi o de descrever as características gerais do processo psicoterápico considerando a interação terapeuta-paciente e o exame intensivo do processo de AT nos níveis do macro e micro ao longo da psicoterapia psicodinâmica on-line. No

macroprocesso da AT, o objetivo envolve descrever a média de percepção do paciente e do terapeuta sobre a AT e suas dimensões (vínculo, tarefas e objetivos) nas sessões de tratamento on-line. No microprocesso da AT, objetivou-se verificar os tipos, a presença (frequência e a intensidade) das rupturas da AT, bem como descrever as estratégias de resoluções da AT e a sua significância clínica ao longo do tratamento on-line.

Método

Delineamento

Este estudo foi delineado de forma longitudinal, naturalístico e híbrido por meio do estudo de caso sistemático (Edwards, 2007; Marin et al., 2021; Serralta et al., 2011).

O caso em estudo

O caso integra um projeto maior que buscou examinar o processo-resultado da psicoterapia psicodinâmica on-line de autoria do primeiro autor. Ele foi escolhido por apresentar um tratamento psicoterápico com sessões completas, ou seja, sem faltas, e que ao final do tratamento, obteve-se resultados satisfatórios, evidenciados pela remissão de sintomas ansiosos, do nível severo para leve, conforme mesurado no *Generalized Anxiety Disorder 7-item* (Spitzer et al., 2006), aumento do bem-estar psicológico, avaliado pelo *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (Evans et al., 2000), tanto no término da intervenção quanto no seguimento aos três meses após a conclusão do processo psicoterápico.

A intervenção constituiu numa psicoterapia de orientação psicanalítica on-line, com duração de 24 sessões, com frequência semanal. A psicoterapia psicodinâmica concentra-se na exploração do afeto e na expressão da emoção, na identificação de temas e padrões recorrentes, na discussão de experiências anteriores (ao longo do desenvolvimento) e foco nas relações interpessoais, no relacionamento terapêutico e na vida em fantasia. Assim, utiliza-se a autorreflexão, o autoexame, e o relacionamento entre a dupla terapêutica como uma forma de entender os padrões de relacionamento problemáticos do paciente (Shedler, 2010).

As sessões tiveram duração média de 45 minutos, com mais 15 minutos para preenchimento dos instrumentos. Elas foram gravadas em áudio e vídeo por meio de software *Movavi Screen Recorder* instalado no computador da terapeuta. Foi utilizada a Plataforma da empresa Vittude para os atendimentos psicoterápicos.

A terapeuta recebeu o nome fictício de Elena, possuía 30 anos de idade, psicóloga, especialista em psicoterapia psicanalítica e mestra em Psicologia Clínica, apresentava 4 anos de experiência clínica no período da intervenção e não possuía experiência anterior com atendimento psicoterápico on-line. A paciente foi chamada de Paula, apresentava mais de 30 anos, é da raça/cor de pele branca, cursava ensino superior em universidade pública e estava desempregada.

A paciente buscou atendimento por apresentar ansiedade relacionada à mudança de curso de graduação e amadurecimento. Apresentava alto nível de cobrança em relação a si mesma, buscava independência autonomia ao mesmo tempo em que não se permitia envolver genuinamente nas atividades que proporcionariam crescimento pessoal e emocional.

Na avaliação clínica da paciente, realizada pela psicoterapeuta nas sessões iniciais, a terapeuta observou que Paula utilizava mecanismos de defesa de idealização e desvalorização, formação reativa e isolamento entre ideia e afeto. Durante o tratamento, a psicoterapeuta preencheu o *Shedler-Westen Assessment Procedure* (Shedler & Westen, 1998) e identificou que a paciente exibia traços obsessivos e dependentes em nível clínico, mas forças de ego e recursos interpessoais superiores em vários domínios da vida. Por fim, destaca-se que ela (paciente) possuía histórico de tratamento psicoterápico prévio, o qual abandonou por motivos financeiros. Ela nunca realizou o uso de medicação psiquiátrica.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos. Instrumento para coleta de dados sociais e demográficos sobre a idade, gênero, cor da pele, escolaridade, situação ocupacional, renda, contato pessoal, região geográfica de moradia e usabilidade das tecnologias de informação e comunicação.

Anotações clínicas da psicoterapeuta. Registros recorrentes sobre o funcionamento psíquico da paciente e o progresso da psicoterapia. Essas anotações foram realizadas tendo em vista o conteúdo de cada sessão semanalmente.

Psychotherapy Process Q-Set (PQS) (Jones, 2000). Instrumento panteórico que busca avaliar os fenômenos do processo de psicoterapia. O PQS é composto por 100 itens, pautado no método *Q-Sort*, varia de um a nove e que permite verificar o que é mais ou menos característico na psicoterapia. O instrumento contempla itens em três grupos, sendo: 1) ações e atitudes do terapeuta; 2) atitudes, comportamentos e experiências do paciente e 3) interação paciente-terapeuta (Jones, 2000). No Brasil, os instrumentos já está validado e apresenta indícios de validade, com coeficientes de correlação de *Pearson* entre 0,53 e 0,72 (Serralta et al., 2007).

Working Alliance Inventory – Short Form (WAI – SR), utilizou-se as versões do paciente e psicoterapeuta (Horvath & Greenberg, 1989). Questionário de autorrelato transteórico que aborda três dimensões da aliança terapêutica: 1) dimensão tarefas; 2) dimensão vínculo e a 3) dimensão objetivo. O WAI-SR é composto por 12 itens, com três subescalas de 4 itens que representam cada dimensão da AT. A versão Brasileira do instrumento tem indícios de validade fatorial e alfas de 0,65 na dimensão vínculo, 0,84 em tarefas, de 0,86 nos objetivos e de 0,88 no total (Serralta et al., 2020).

Rupture Resolution Rating System (3RS) (Eubanks et al., 2015). O 3RS é um sistema observacional de identificação de marcadores de rupturas e resoluções da AT ao longo das

sessões de psicoterapia. Para que haja o processo de identificação destas, faz-se necessário que o avaliador esteja atento durante a observação do vídeo da sessão terapêutica aos momentos em que possa haver uma diminuição da colaboração entre a dupla nas tarefas, objetivos ou do vínculo entre terapeuta e paciente. Ao encontrar esses momentos da falta de colaboração, codifica-se o tipo de ruptura que pode ser de evitação, confrontação ou ambos, assim como o seu subtipo, dentro de cada um dos dois grandes grupos de marcadores.

No 3RS, há marcadores (subtipo) para ruptura e para resolução. Os de ruptura subclassificados em marcadores de evitação e de confrontação significando, respectivamente, que o paciente pode estar se afastando do terapeuta ou dos objetivos e tarefas terapêuticas, ou que o paciente responde se movendo contra o terapeuta ou ao trabalho psicoterapêutico. Os marcadores de evitação podem ser dos seguintes tipos: negação; resposta mínima; comunicação abstrata; narrativa de evitação e/ou mudança de tópico; deferência e submissão; incongruência entre afeto e discurso; e o autocriticismo e/ou desânimo. Já os marcadores de confrontação são: insatisfação com o terapeuta; o paciente rejeita a formulação, interpretação ou intervenção de forma não colaborativa; insatisfação com as atividades da terapia; insatisfação com os parâmetros da terapia; insatisfação com o progresso da terapia; o paciente defende-se do terapeuta; e, por último, esforços diretos para controlar ou pressionar o terapeuta (Eubanks et al., 2015).

Além das rupturas, o instrumento avalia as estratégias utilizadas pelo terapeuta para reparar a AT na sessão em razão de um possível abalo decorrente da ruptura. Essas tentativas são chamadas de marcadores ou estratégias de resolução, sendo codificadas da seguinte forma: 1) o terapeuta esclarece um mal-entendido; 2) o terapeuta muda tarefas ou objetivos; 3) o terapeuta ilustra as tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento; 4) o terapeuta convida o paciente a discutir pensamentos ou sentimentos com relação ao terapeuta ou algum aspecto da terapia; 5) o terapeuta reconhece sua contribuição para uma ruptura; 6) o terapeuta revela sua experiência interna da interação entre paciente e terapeuta; 7) o terapeuta liga a ruptura a padrões interpessoais entre o paciente e o terapeuta; 8) o terapeuta liga a ruptura a padrões interpessoais nas outras relações do paciente; 9) o terapeuta valida a postura defensiva do paciente; 10) o terapeuta responde a uma ruptura redirecionando ou reorientando o paciente (Eubanks et al., 2015).

Ao final destas codificações, avaliou-se o nível de significância de cada marcador de ruptura e de resolução. Esta classificação de significância é realizada por meio de uma escala *likert* de cinco pontos, desde 1 onde "não ocorreram rupturas, sem significância" a 5 onde "ocorreram rupturas, significância máxima". A versão brasileira do 3RS foi desenvolvida pela equipe do Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPsi) na Unisinos e já foi utilizada em trabalhos conduzidos pelo laboratório (Dotta et al., 2020).

Procedimento de coleta de dados

A paciente foi selecionada, por uma proposta conveniente, decorrente de uma divulgação on-line, em redes sociais, para uma pesquisa que ofertava tratamento gratuito e online para pessoas que sofriam de sintomas de ansiedade. Ela preencheu um questionário on-line que avaliava se possuía os critérios recomendados para a intervenção, isto é, pontuação mínima para ansiedade moderada no *Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)* (Spitzer et al., 2006), queixa circunscritas aos sintomas de ansiedade e sem histórico de risco psicossocial. Em segundo momento, a paciente foi triada em uma entrevista clínica, na qual foi verificada a viabilidade de sua participação e, então, encaminhada para uma psicoterapeuta vinculada a pesquisa para receber o atendimento psicodinâmico on-line. A paciente e a terapeuta durante todas as sessões semanais do tratamento preencheram o instrumento para avaliação dos sintomas e da AT. Os dados para análise do PQS e do 3RS foram retirados das gravações de áudio e vídeo coletados durante o processo psicoterápico (24 sessões). Além disto, no 3RS foram utilizados as transcrições literais e o vídeo de todas as sessões do tratamento.

Procedimento de análise de dados

Em relação à ficha de dados sociodemográficos e anotações clínicas, foi realizada a análise descritiva para descrever o caso. As anotações clínicas foram utilizadas para compreender os resultados expressos nos instrumentos e nas análises dos dados com as impressões clínicas.

Com base na análise do PQS, elas foram realizadas após finalizadas as sessões da psicoterapia. Um grupo de juízes treinado na avaliação do instrumento analisou o material. Destaca-se que 19 sessões foram analisadas por um juiz e 5 sessões (uma a cada cinco sessões), aproximadamente 21% do total, por duplas de juízes independentes. Para as sessões codificadas por pares, foi realizada a concordância entre os juízes por meio do coeficiente de correlação intraclassa (CCI). Adotou-se o critério de análise em duplas para aproximadamente 20% das sessões, pois todos os membros avaliadores eram treinados no uso do instrumento e visou, ainda, minimizar possíveis vieses da pesquisa ou dos pesquisadores sobre os dados.

Foram aceitas as correlações superiores a 0,70 (Goodman & Athey-Lloyd, 2011). Neste estudo, a média das correlações foi de CCI = 0,83 (CCI mín. = 0,75 e CCI máx. = 0,94). Após concluídas todas as codificações, foi realizada a média dos 100 itens do PQS. No processo final da análise, foi realizada média e o ordenamento descritivo dos 10 itens do PQS mais característicos e os 10 menos característicos.

Em relação ao WAI-SR, os dados foram tabulados no *Statistical Packages for the Social Sciences*. Posteriormente, foi calculada a média aritmética e desvio-padrão dos itens em cada uma das suas categorias (vínculo, tarefas, objetivos) e total da Escala tanto do paciente quanto do terapeuta ao longo das 24 sessões, como também considerando todas as sessões do tratamento. Após foi gerado um gráfico descritivo da variação da AT neste instrumento.

No que concerne ao 3RS, foi realizada a codificação das rupturas e estratégias de resolução por meio de segmentos de cinco minutos, utilizando o vídeo e a transcrição literal da sessão, por duplas de juízes independentes e treinados no uso do instrumento. Após a codificação das rupturas e das resoluções, foi atribuído um grau de significância para cada um dos episódios (de ruptura e de resolução). Com objetivo de avaliar o impacto na AT foi atribuído um nível de significância em uma escala de cinco pontos (desde 1 - "sem significância" a 5 - "alta significância").

Após o processo citado, foi avaliado o grau geral de resolução, ou seja, o grau em que as resoluções foram bem-sucedidas nas rupturas da sessão, utilizando-se também de uma escala de 1 (fraca resolução) a 5 (resolução muito boa). A avaliação pode ser diferente da análise individual de significância das resoluções, assim uma sessão pode incluir diversas tentativas de resolução (muitas classificações de alta significância), mas estas podem não ter sido completamente bem-sucedidas, o que acarreta uma classificação baixa ou moderada de resolução geral. Destaca-se que, quando ocorreram divergências entre os juízes na classificação, elas foram resolvidas por meio do consenso entre juízes, adotando um critério de consenso superior a 60%. O nível de concordância entre os juízes variou entre 62% a 86%, sendo considerado aceitável (Turoff & Linstone, 2002).

Por fim, foi realizada a análise descritiva geral, utilizando frequência, porcentagem e desvio-padrão das rupturas e resoluções quantificadas. Além disto, foram calculadas a média aritmética das rupturas e resoluções e média ponderada do impacto global das rupturas e resoluções sobre as sessões do tratamento.

Procedimento éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. O estudo obteve parecer de aprovação por meio do CAAE: 09821919.5.0000.5344. Além disto seguiu as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O paciente assinou um consentimento informado, contendo informações sobre a sua participação foi voluntária, que poderia desistir a qualquer momento e contendo explicações detalhadas dos riscos e benefícios.

Resultados

Processo global da psicoterapia

O processo psicoterapêutico global ressaltou o diálogo com tema específico, a autoimagem como um foco de discussão, ênfase na situação de vida atual ou recente e os relacionamentos interpessoais como um assunto importante. A paciente se sentia inadequada ou inferior e trazia tópicos e materiais significativos. Por sua vez, a terapeuta percebia acuradamente o processo terapêutico, se comunicava com um estilo claro e coerente, identificava um tema repetitivo na experiência ou conduta da paciente e era sensível aos sentimentos, afinada e empática. Essa

interação evidencia que no geral houve uma relação colaborativa entre a dupla terapêutica. Demais características do processo, assim como a média e o desvio-padrão dos itens mais e menos característicos do processo podem ser visualizados na [Tabela 1](#).

Tabela 1. Dez itens mais e menos característicos do PQS no processo de psicoterapia.

Itens do PQS	Média	DP
Itens mais característicos		
35- A autoimagem é um foco de discussão	8,21	1,22
69- A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão	8,04	0,94
28- O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico	7,79	0,91
23- O diálogo tem um foco específico	7,71	1,65
59- O paciente se sente inadequado ou inferior	7,60	1,57
63- Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante	7,58	1,64
46- O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente	7,58	0,78
62- O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente	7,40	1,35
88- O paciente traz temas e material significativos	7,38	2,18
06- O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático	7,25	1,10
Itens menos característicos		
09- O terapeuta é distante, indiferente	2,83	1,63
51- O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente	2,71	1,04
17- O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente	2,50	2,02
77- O terapeuta não tem tato	2,50	1,53
44- O paciente se sente cauteloso ou desconfiado	2,44	1,14
58- O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas	2,27	0,99
87- O paciente é controlador	2,13	1,19
89- O terapeuta age para fortalecer defesas	2,08	0,80
14- O paciente não se sente entendido pelo terapeuta	1,92	0,99
42- O paciente rejeita os comentários e observações do terapeuta	1,63	0,68

Características do macro e micro processo da AT

Em relação ao macroprocesso da aliança terapêutica, a [Figura 1](#) apresenta a variação da AT total da dupla ao longo das sessões psicoterápicas. Verificou-se que, na média das 24 sessões, a paciente pontuou mais alto que a terapeuta nos domínios objetivos, tarefas e no total das dimensões da AT. Já a terapeuta percebeu AT mais sólida que a paciente somente na dimensão vínculo. Destaca-se que o desvio-padrão de cada domínio foi relativamente baixo, o que denota pouca variação entre as sessões durante o tratamento, esses valores podem ser encontrados

na Tabela 2. Por fim, estimou-se oscilações “dentro” das sessões que podem estar relacionadas aos movimentos do microprocesso da AT.

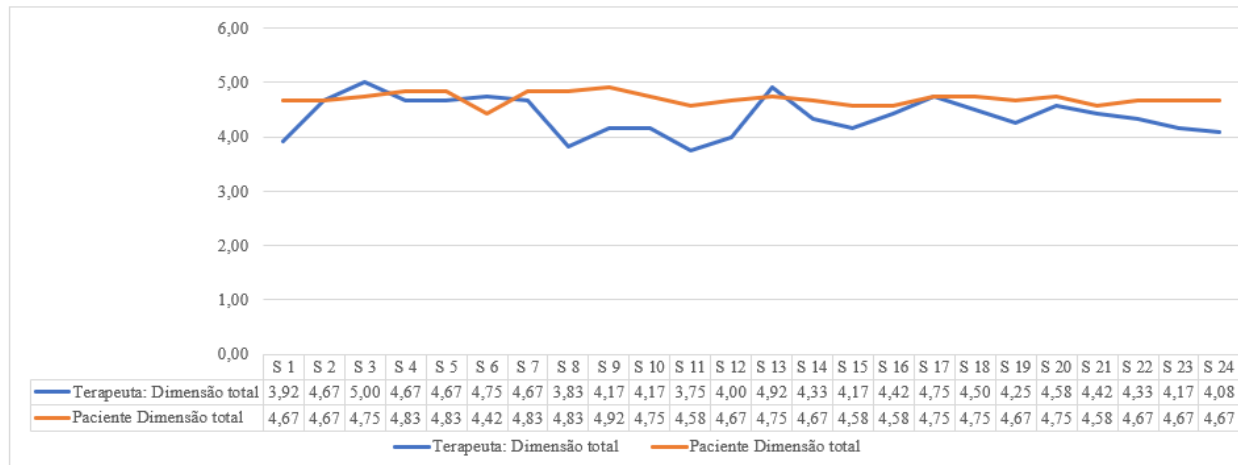


Figura 1. Variação da AT total da dupla ao longo das 24 sessões de psicoterapia.

Tabela 2. Médias da AT entre a díade terapeuta-paciente ao longo do tratamento.

Díade	Objetivos M±DP	Tarefas M±DP	Vínculo M±DP	Total M±DP
Terapeuta	4,30±0,49	4,15±0,51	4,70±0,30	4,38±0,34
Paciente	4,96±0,20	4,57±0,23	4,57±0,17	4,70±0,11

Nota: M: Média. ±DP: Desvio Padrão.

No microprocesso, foram encontradas 19 rupturas de evitação (95%) e uma ruptura de confrontação (5%). Dentre aquelas de evitação, as mais significativas foram mudança de tópico/narrativa de evitação (N=9; 47,37%) e comunicação abstrata (N=8; 42,11%). Em relação à intensidade média dessas, o marcador deferente e apaziguador enfatizou o maior impacto médio (N=2,50; DP=0,71), prosseguido de mudança de tópico/narrativa de evitação (M=1,75; DP=0,46). Verificou-se somente uma ruptura de confrontação, denominada de o paciente rejeita as intervenções do terapeuta (N= 1; 5%) e obteve intensidade média fraca (M=1,00; DP=0,00).

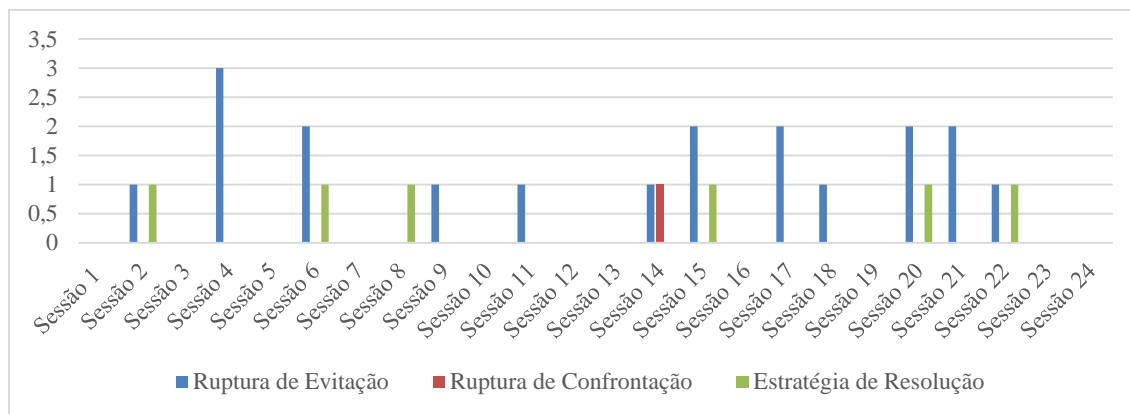
Entre as resoluções, foram encontradas seis estratégias, as mais utilizadas foram: a terapeuta convida a paciente a discutir pensamentos ou sentimentos com relação à terapeuta ou algum aspecto da terapia (N=2; 33,33%) e a terapeuta responde a uma ruptura redirecionando ou reorientando a paciente (N=2; 33,33%). Foi examinada também a intensidade do impacto,

sendo que a mais saliente foi o marcador o terapeuta convida o paciente a discutir pensamentos ou sentimentos com relação ao terapeuta ou algum aspecto da terapia ($M=3,50$; $DP=0,71$). Na [Tabela 3](#), são apresentadas a frequência, a média e o desvio-padrão da expressão das rupturas, assim como das estratégias de reparação da terapeuta e o impacto médio dos marcadores das rupturas e resoluções. Já a [Figura 2](#) demonstra a presença dos marcadores de ruptura e resolução ao longo do tratamento.

Tabela 3. Ocorrência média e impacto médio dos marcadores das subcategorias das rupturas identificados nas 24 sessões do tratamento.

	Ocorrência média dos marcadores				Impacto médio dos marcadores		
	Fr	Mín	Máx	M±DP	Mín	Máx	M±DP
<i>Ruptura de Evitação</i>							
Comunicação abstrata	8	1,00	1,00	1,00±0,00	1,00	2,00	1,75±0,46
Mudança de Tópico/Narrativa de Evitação	9	1,00	2,00	1,13±0,35	1,00	3,00	1,55±0,73
Deferente e apaziguador	2	1,00	1,00	1,00±0,00	2,00	3,00	2,50±0,71
<i>Ruptura de Confrontação</i>							
Rejeita as intervenções do terapeuta	1	1,00	1,00	1,00±0,00	1,00	1,00	1,00±0,00
<i>Estratégia de resolução</i>							
T muda tarefas ou objetivos	1	1,00	1,00	1,00±0,00	1,00	1,00	1,00±0,00
T convida o paciente a discutir pensamentos ou sentimentos com relação ao terapeuta ou algum aspecto da terapia	2	1,00	1,00	1,00±0,00	3,00	4,00	3,50±0,71
T liga a ruptura a padrões interpessoais nas outras relações do paciente	1	1,00	1,00	1,00±0,00	2,00	2,00	2,00±0,00
T responde a uma ruptura redirecionando ou reorientando o paciente	2	1,00	1,00	1,00±0,00	2,00	3,00	2,50±0,71

Nota: Fr: Frequência; Min: presença mínima do marcador em uma sessão; Max: presença máxima do marcador em uma sessão; M±DP: Média±Desvio Padrã; T: Terapeuta.



Nota: Elaborado pelo autor.

Figura 2. Marcadores de ruptura e resolução ao longo das sessões do tratamento psicoterápico.

Por fim, observou-se o impacto global das rupturas e das resoluções ao longo do tratamento. A intensidade média das rupturas do paciente ao longo do tratamento ($X_p=1,75$; $DP=0,64$) foi menor que o impacto global das estratégias de resolução da terapeuta ($X_p=2,50$; $DP=1,05$).

Discussão

Percebeu-se que, no processo global, o trabalho da dupla psicoterapêutica pautou-se em um estilo colaborativo. Esse resultado parece indicar que havia sintonia e acordo sobre o trabalho desenvolvido. Logo, presume-se que a qualidade da interação tenha contribuído com a obtenção dos valores elevados na avaliação macroscópica da AT feita por ambos, paciente e terapeuta (Ribeiro et al., 2011). O estilo de cooperação adotado pela dupla pode ser um fator que favoreceu também o sucesso do tratamento, pois uma AT consistente está associada aos desfechos positivos das psicoterapias (Flückiger et al., 2018). Além disso, os elementos mais característicos que estiveram presentes no tratamento avaliado, tais como tato, empatia e compreensão acurada do processo pela terapeuta, ênfase no momento atual e paciente não controladora, são ideais em tratamentos prototípicos para pacientes ansiosos sob a ótica dos psicoterapeutas (Kealy et al., 2017). O conjunto desses fatores, portanto, aproxima-se do que se espera idealmente em um tratamento psicodinâmico com paciente com ansiedade.

As características da terapeuta também podem ter relação com a AT elevada estabelecida. A percepção pelo paciente de empatia e genuinidade do terapeuta pode apresentar relação moderada no desfecho positivo da AT (Nienhuis et al., 2018). Além disto, os efeitos do terapeuta são mais fortes para pacientes angustiados e disfuncionais, quando comparados com os funcionais. Com pacientes ansiosos, terapeutas mais seguros podem promover boa aliança e resultados positivos (Strauss & Petrowski, 2017). Possivelmente as características do vínculo e do acordo sobre objetivos e tarefas que foram captados pela paciente nas medidas da aliança e no processo global do tratamento podem ter influenciado os resultados da AT e do tratamento como um todo.

Não obstante, pequenas diferenças na percepção da AT on-line foram identificadas entre a dupla terapeuta e paciente. Verificou-se variações ligeiramente maiores nas pontuações por parte da terapeuta, identificado como menos sólida do que a paciente. A variabilidade na mensuração da AT pela dupla já foi analisada anteriormente há indicação de que os profissionais tendem a obter maior variação do que os seus clientes nesta medida. Inclusive, a simples variação na AT pelo terapeuta poderia estar relacionada aos resultados do tratamento (Baldwin et al., 2007). Existem também evidências de que pacientes ansiosos em terapias on-line percebem a aliança de forma mais intensa e, assim pontuando mais alto nos seus domínios do que os seus terapeutas (Watts et al., 2020), conforme pode ser visto nos achados da pesquisa proposta. Neste sentido, pode-se conjecturar que a maior variação da percepção da AT pela terapeuta decorra da sua formação e treinamento, o que, por sua vez, possivelmente seja protetivo ao relacionamento terapêutico, pois favorece o ajuste da interação e das intervenções às necessidades sutis expressadas pelo paciente, mesmo aquelas fora de sua consciência.

É consenso na literatura a possibilidade de se estabelecer uma boa AT no ambiente on-line (Flückiger et al., 2018; Pieta, 2014; Watts et al., 2020). Entretanto, estudos qualitativos sugerem também diferenças na avaliação entre terapeutas e pacientes. Terapeutas relatam perceber que o desenvolvimento da AT na psicoterapia on-line demanda maior esforço e habilidade técnica do profissional (Machado et al., 2020), enquanto os pacientes referem que a vinculação é mais rapidamente estabelecida (Suss, 2020). Possivelmente por demandar maior trabalho do terapeuta, eles poderiam apresentar maior restrição na sua avaliação. De modo geral, o macroprocesso sinaliza a boa qualidade da AT, mas não capta as peculiaridades deste processo ao nível microscópico, que foram exploradas por meio do 3RS.

No microprocesso, percebeu-se rupturas de evitação em maior número do que as de confrontação. Tal ocorrência poderia ser esperada, pois trata-se de uma paciente com ansiedade e sem transtornos graves da personalidade, ou seja, presumidamente neurótica. Pacientes com transtornos menos graves – como ansiedade e depressão, quando comparados com aqueles quadros psicopatológicos mais complexos, tais como os transtornos de personalidade, apresentam marcadores de ruptura em menor número (Coutinho et al., 2014).

Além disto, em um estudo de caso com um paciente que apresentou transtorno de pânico com agorafobia, encontrou 36 marcadores de ruptura dos quais 25% foram de evitação e 75% de confronto (Ribeiro et al., 2011). Nota-se certa diferença entre os resultados encontrados e os expressos na literatura, ainda que a condição clínica seja semelhante no que diz respeito ao sintoma (ansiedade). Uma hipótese é de que a paciente analisada neste estudo possua patologia menos severa em termos estruturais. Ainda se reconhece que são intervenções em modalidades distintas, sendo em um estudo na modalidade presencial e no outro, de forma on-line. Logo, possivelmente poderia haver alguma especificidade da técnica que poderia ser sistematicamente avaliado. Neste sentido, é digno de nota que o número total de rupturas foi

menor e ainda foram encontradas mais oscilações relacionadas com a evitação do que o confronto, quando comparado com o estudo de Ribeiro et. al. (2011). Entende-se também, que as próprias características da paciente poderiam ter contribuído para que o número de rupturas fosse menor, pois em geral a paciente era colaborativa, aceitava as intervenções da terapeuta, se sentia entendida pela terapeuta e aceita.

Supõe-se que seja mais difícil de avaliar rupturas de evitação do que de confrontação em pacientes com sintomas ansiosos. As rupturas de evitação estão relacionadas ao movimento do paciente de se afastar do trabalho terapêutico (Eubanks et al., 2015), e pacientes ansiosos muitas vezes já expressam condutas evitativas. Assim, distanciar-se do trabalho terapêutico, ou até mesmo rejeitar intervenções, poderia ser decorrente de uma tentativa de não entrar em contato com o seu material primitivo. Desta forma, os pacientes usariam tais rupturas como forma de evitar a ansiedade (defesa). Sugere-se avaliar com parcimônia a presença das rupturas de evitação com pacientes ansiosos em tratamento psicoterápico online, com o intuito de que se diferencie essas rupturas do estilo de interação do paciente, como exemplo o uso de mecanismos de defesa para evitar a ansiedade, com o efetivo impacto/oscilação na AT ou ainda, pela própria mediação da terapia de forme síncrona que poderia fomentar ou não a presença de rupturas, considerando a qualidade da conexão e do vínculo.

Por consequência, os terapeutas devem atentar-se ainda mais a esse subtipo de ruptura (evitação), que pode ser ainda mais sutil do que as de confrontação para, então, poderem empregar estratégias mais adequadas de resoluções. Já é reconhecido que se estas não forem resolvidas/reparadas, poderão culminar no insucesso do tratamento (Eubanks et al., 2015; Ribeiro et al., 2011).

Em relação à atividade da terapeuta no decorrer do processo psicoterápico, chama a atenção que ela se apresentava atenta e resolutiva não só na avaliação captada no âmbito global do tratamento, mas também em suas estratégias de resolução da AT. Durante o processo on-line, ela buscava convidar a paciente a discutir pensamentos ou sentimentos com relação a algum aspecto da terapia, relacionava a ruptura a padrões interpessoais nas outras relações do paciente ou respondia a uma ruptura redirecionando ou reorientando o paciente. Essa atitude da terapeuta possivelmente contribuiu para a aliança de boa qualidade, percebida pela paciente (Ribeiro et al., 2011).

A atenção da terapeuta aos movimentos de oscilação da AT pode ter colaborado para que o impacto global das rupturas da paciente tenha sido menor do que a intensidade média global das resoluções do terapeuta na aliança terapêutica. O fato de a terapeuta ter trabalhado para resolução desses movimentos no decorrer do tratamento pode ser significativo em termo clínicos, pois mantém a paciente em tratamento e, ainda, convida a discutir essas experiências sob uma nova perspectiva, logo essas negociações poderiam solidificar a AT e promover o engajamento no tratamento (Gabbard, 2004). Tais movimentos em relação a AT no ambiente a

distância foram possivelmente negociados, assim como ocorre em tratamentos presenciais, o que reforça a possibilidade não apenas do desenvolvimento de uma percepção satisfatória da AT no tratamento on-line, mas também o trabalho contínuo e efetivo de negociação da AT neste contexto.

Considerações finais

O trabalho avaliou de forma pioneira o desenvolvimento (macroprocesso) e a negociação da AT (microprocesso) ao longo de uma psicoterapia psicodinâmica on-line com uma paciente ansiosa. No âmbito geral, o tratamento foi caracterizado como colaborativo e, em termos da AT, com altos valores e pequenos desvios em relação aos três domínios avaliados (vínculo afetivo, acordo em relação aos objetivos e em relação às atividades ou tarefas da terapia) pela dupla, o que mostra a sua boa qualidade e estabilidade. Na perspectiva microprocessual, nota-se que ocorreram poucas, porém significativas rupturas, mais rupturas de evitação do que de confrontação, e trabalho efetivo da terapeuta para reparar tais oscilações. Os dois instrumentos analisados em conjunto confirmam a compreensão de que rupturas da AT são inevitáveis também na psicoterapia on-line e de que demandam intervenção por parte do psicólogo.

Em termos clínicos, as rupturas encontradas no tratamento podem ser compreendidas a partir do funcionamento psíquico da paciente com sintomas de ansiedade. As rupturas de evitação, embora sejam extremamente comuns em todos os quadros clínicos, podem ser mais difíceis de ser percebidas em pacientes ansiosos, cujo estilo já é evitativo. Desta forma, elas poderiam estar encobertas, o que levaria a um desgaste da AT se não trabalhadas. Logo, reparar as rupturas oportuniza uma nova experiência no tratamento, o que pode incidir no sucesso psicoterápico.

O presente trabalho demonstra a relevância do estudo da AT sobre múltiplas perspectivas, observacional e de autorrelato, analisando-se suas variações tanto entre sessões quanto dentro delas. Os achados sugerem que a negociação da AT é essencial ao progresso do tratamento e que o terapeuta deve ser particularmente atento às oscilações mais sutis para que com intervenções de reparação, ajude a manter a percepção de uma AT sólida ao longo do tratamento.

Enquanto limitações, a avaliação da AT macroprocessual logo após o término da sessão poderia impactar na qualidade da mensuração realizada pelas participantes. Ademais, a paciente já apresentava histórico anterior de acesso a tratamentos presenciais, o que poderia favorecer a coloração o progresso neste processo psicoterápico. Além disto, ela já era usuária avançada dos recursos da internet e das tecnologias de informação e comunicação e esta habilidade prévia poderia aumentar o seu engajamento na intervenção on-line.

Para estudos futuros, sugere-se a manutenção desta triangulação na avaliação da AT e replicação em outros casos, além do desenvolvimento de estudos de casos múltiplos de

tratamentos com desfechos contrastantes. O estudo também fornece elementos empíricos para a formação de psicólogos clínicos que estão iniciando a prática no atendimento on-line. Estudos intensivos do processo terapêutico de psicoterapia on-line são fundamentais para ofertar aos psicoterapeutas evidências científicas para sustentar essa prática ainda incipiente, nova e carente de teorização específica.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1027–1032. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>
- Bleichmar, N., & Bleichmar, C. (1992). *A Psicanálise Depois de Freud - Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *CyberPsychology & Behavior, 5*(2), 95–105. <https://doi.org/10.1089/109493102753770480>
- Costa, C. P., Padoan, C. S., Hauck, S., Teche, S. P., & Eizirik, C. L. C. L. (2019). What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 41*(2), 112–120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0151>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicologia, 30*(3), 985–994. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.168911>
- Dotta, P., Feijó, L. P., & Serralta, F. B. (2020). Rupturas da Aliança Terapêutica: um estudo de caso malsucedido em psicoterapia psicanalítica com paciente borderline. *Ciencias Psicológicas, 14*(2), e-2321. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2321>
- Edwards, D. J. A. A. (2007). Collaborative Versus Adversarial Stances in Scientific Discourse: Implications for the Role of Systematic Case Studies in the Development of Evidence-Based Practice in Psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(1), 6–34. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.892>

- Evans, John Mellor-Clark, Frank Margison, Michael Barkham, Kerry Audin, Janice Connell, Graeme McGrath, C. (2000). CORE: clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255. <https://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. New York: Mount Sinai-Beth Israel Medical Center.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018, maio 24). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Freud, S. (1912). *A dinâmica da transferência* (Edição Sta). Rio de Janeiro: Imago.
- Gabbard, G. O. (2004). Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text. In *American Psychiatric Publishing, Inc.* American Psychiatric Publishing, Inc.
- Goodman, G., & Athey-Lloyd, L. (2011). Interaction structures between a child and two therapists in the psychodynamic treatment of a child with Asperger's disorder. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 311–326. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614749>
- Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. (2016, setembro 3). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy* (1 ed). Jason Aronson.
- Kealy, D., Goodman, G., & Ogradniczuk, J. S. (2017). Psychotherapists' ideals in the treatment of panic disorder: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(3), 201–208. <https://doi.org/10.1002/capr.12125>
- Machado, L. F., Feijó, L. P., & Serralta, F. B. (2020). Online psychotherapy practice by psychodynamic therapists. *Psico*, 51(3), 1–11. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2020.3.36529>
- Marin, A. H., Schaefer, M. P., Lima, M., Rolim, K. I., Fava, D. C., & Feijó, L. P. (2021). Delineamentos de Pesquisa em Psicologia Clínica: Classificação e Aplicabilidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221647>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., ... Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>

- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, (June), 1–12. <https://doi.org/10.1002/cpp.2315>
- Oliveira, N. H., & Benetti, S. P. C. (2015). Aliança terapêutica: Estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125–138. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000300010
- Peres, R. S. (2009). Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 383–389. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300011>
- Pieta, M. A. M. (2014). *Psicoterapia Pela Internet: a Relação Terapêutica* (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). <http://hdl.handle.net/10183/144025>
- Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises? *Contextos Clínicos*, 10(1), 130–143. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.10>
- Prado, O., & Meyer, S. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247–257. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200003>
- Ribeiro, E., Coutinho, J., Sousa, Z., & Machado, C. (2011). Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 71–86. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v13i1.431>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Serralta, F. B., Benetti, S. P. da C., Laskoski, P. B., & Abs, D. (2020). The Brazilian-adapted working alliance inventory: Preliminary report on the psychometric properties of the original and short revised versions. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(3), 256–261. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0099>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44–55. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100011>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501–510. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400010>

- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the Measurement of Axis II: A Q-sort Procedure for Assessing Personality Pathology. *Assessment*, 5(4), 333–353. <https://doi.org/10.1177/107319119800500403>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Strauss, B. M., & Petrowski, K. (2017). The role of the therapist's attachment in the process and outcome of psychotherapy. In B. M. Strauss & K. Petrowski (Orgs.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. (p. 117–138). <https://doi.org/10.1037/0000034-008>
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in E-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14(4), e110. <https://doi.org/10.2196/jmir.2084>
- Suss, D. (2020). *Psicoterapia Online: O que os Pacientes Consideram Importantes para o Desenvolvimento da Aliança Terapêutica?* Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
- Turoff, M., & Linstone, H. (2002). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/index.html>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208–225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>