

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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

A RELAÇÃO ENTRE OS MECANISMOS DE DEFESA E
A QUALIDADE DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA
DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA DE ADULTOS:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

FERNANDO GRILO GOMES

PORTO ALEGRE, JULHO DE 2003

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

A RELAÇÃO ENTRE OS MECANISMOS DE DEFESA E
A QUALIDADE DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA
DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA DE ADULTOS:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

FERNANDO GRILO GOMES

ORIENTADORA:

PROF. DRA. LÚCIA HELENA CEITLIN

PORTO ALEGRE, JULHO DE 2003

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lúcia Helena Freitas Ceitlin, minha orientadora, colega do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, FAMED, UFRGS, por sua capacidade e incentivo, minha profunda gratidão.

Ao Professor Doutor Cláudio Laks Eizirik, amigo e colega do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, FAMED, UFRGS, por sua ajuda e colaboração com seus comentários valiosos.

À Professora Doutora Psicóloga Maria Lúcia Tiellet Nunes, por sua orientação e ajuda em sugestões e na tradução do instrumento de pesquisa HAqII.

Meu agradecimento ao Professor Doutor Lester Luborsky pela gentileza de autorizar o uso do instrumento HAqII na realização deste trabalho.

A todos os Residentes em Psiquiatria que participaram deste trabalho, desejando que possa ser útil como incentivo em suas vidas acadêmicas, em especial ao Cristiano Frank, à Gabriela Favali, ao Roberto Pierobon e à nossa colega e ex-monitora de nosso Departamento Desiré Bortolanza.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, pelo companheirismo no qual transformamos os momentos de aprendizado em um convívio agradável e inesquecível.

Ao Centro de Estudos Luís Guedes na pessoa de sua bibliotecária Viviane Castagno, por sua disponibilidade e parceria.

Aos colegas, alunos e funcionários do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, e Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo estímulo e tolerância para que esta tarefa pudesse ser efetivada.

Aos meus filhos e netos, em especial à minha esposa Solange, por sua compreensão na troca de momentos de convívio e lazer pelo incentivo à conclusão desta tarefa.

DIVULGAÇÃO PARCIAL DA INVESTIGAÇÃO

Primeiro Simpósio Gaúcho de Pesquisa em Psiquiatria: Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - setembro de 2002.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Principal	12
2.2 Objetivos Secundários	12
3 LITERATURA	13
3.1 O Conceito de Aliança Terapêutica	14
3.2 O Conceito de Mecanismos de Defesa	20
4 SUJEITOS E MÉTODOS	26
4.1 Delineamento da Pesquisa	26
4.2 Seleção da Amostra	26
4.3 Avaliação dos Fatores em Estudo.....	27
4.4 Avaliação do Desfecho em Estudo: Aliança Terapêutica	31
4.5 Sistema de Escore	32
4.6 Análise Estatística	33
5 RESULTADOS	34
5.1 Descrição da Amostra	34
5.2 Análise da Aliança Terapêutica	37
5.3 Análise dos Escores Totais pelo Teste do Qui-quadrado: Efeito Número de Sessões, Tempo de Terapia e Sexo	39
5.3.1 Número de sessões	39
5.3.2 Tempo de terapia	40
5.3.3 Diferenças entre os sexos	40
5.4 Análise do Nível dos Mecanismos de Defesa dos Pacientes em Relação à Qualidade da Aliança Terapêutica	41
5.5 Análise da Qualidade da Aliança Terapêutica em Relação aos Sintomas Psiquiátricos	42
5.6 Análise dos Sintomas Psiquiátricos dos Pacientes em Relação ao Nível de Defesas	42
5.7 Análise da Aliança Terapêutica do Paciente em Relação à Aliança Terapêutica do Terapeuta	43
6 DISCUSSÃO	46
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	51

8 CONCLUSÕES	53
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ARTIGO - A RELAÇÃO ENTRE OS MECANISMOS DE DEFESA E A QUALIDADE DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA	59
ANEXO 1 - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO	81
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (PACIENTE)	82
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (TERAPEUTA)	83
ANEXO 4 - HAq II (VERSÃO DO PACIENTE)	84
ANEXO 5 - HAq II (VERSÃO DO TERAPEUTA)	85
ANEXO 6 - MECANISMOS DE DEFESA - DSM IV / FORMULÁRIO PARA REGISTRO - ESCALA DE FUNCIONAMENTO DEFENSIVO	86
ANEXO 7 - SCL 90	89

LISTA DE TABELAS E GRÁFICO

Tabela 1 - Diagnósticos em Eixo I	35
Tabela 2 - Diagnósticos em Eixo II	36
Tabela 3 - Frequência média (X) da Qualidade da AT Considerada (HAqII) - Versão Paciente e Terapeuta	38
Tabela 4 - Comparação entre as Questões cujas Médias da AT Versão Paciente versus as Médias da AT Versão Terapeuta	39
Gráfico - Amostra dos pacientes por nível dos mecanismos de defesa	41
Tabela 5 - Sintomas Psiquiátricos mais Frequentes Encontrados nos Pacientes Utilizando o SCL 90	42

1 INTRODUÇÃO

Os resultados das psicoterapias de orientação analítica vivem um momento de confrontação com a prática; por um lado às pesquisas em psiquiatria se concentram em instrumentos com características quantitativas que dificilmente nos levam ao reconhecimento da relação humana existente entre paciente e terapeuta, ou seja, a dificuldade de quantificar e qualificar a subjetividade das relações humanas. Por outro, há necessidade de testar e desenvolver instrumentos que avaliem estas condições e demonstrem a real importância desta relação paciente-terapeuta no resultado das psicoterapias de orientação analítica.

Dentro das mais variadas vicissitudes desta relação, foi escolhido como objeto de estudo, para esta investigação, a aliança terapêutica (AT) conceito delineado por Freud¹ (1912), como transferência positiva e, posteriormente, complementado por Sterba², já com a denominação de aliança terapêutica, em 1934. A opção deveu-se ao fato de ser um fenômeno com existência comprovada por diversos pesquisadores, como Bordin³ (1975), Luborsky^{4,5} (1976, 1996), Piper^{6,7}, (1991, 1993), entre outros, já existindo metodologia científica validada internacionalmente e pelo fato de dispormos de material clínico de pesquisa em nosso ambulatório de psicoterapia da FAMED-HCPA.

Autores atuais seguem enfatizando o que propôs Freud, quando destacou que a AT, que se estabelece durante o tratamento, é influenciada "*pelos imagens das pessoas por quem foi acostumado a ser tratado com afeição*", Freud¹ (1912, *apud*). Horvath⁸ (1958), e

que comprovadamente repercute nos resultados de uma psicoterapia de orientação analítica. Qualidades da AT, incluem as características do paciente, do terapeuta e de como a interação entre ambos permite estabelecer a referida aliança, bem como o tempo que é despendido para que isto aconteça; se precoce ou tardio. Desta forma, supõe a existência de uma ligação entre a qualidade e a capacidade do paciente estabelecer uma AT com o nível de funcionamento dos mecanismos de defesa inconscientes utilizados pelo paciente durante o tratamento, fatores influentes nos resultados de uma psicoterapia de orientação analítica.

O presente estudo, teve como objetivo principal, investigar a existência de uma relação entre aspectos da personalidade prévia do paciente, traços ou transtornos, através dos mecanismos de defesa utilizados predominantemente pelo mesmo, e a capacidade de estabelecer uma AT durante o desenvolvimento de uma psicoterapia de orientação analítica.

A hipótese de origem é que pacientes que utilizam defesas menos regressivas, seriam capazes de desenvolver uma melhor qualidade de aliança terapêutica com seus terapeutas e, conseqüentemente, apresentariam melhores resultados em psicoterapia de orientação analítica.

Como objetivo secundário, foi tentar estabelecer uma relação entre os transtornos em Eixo I e a sintomatologia que o paciente apresenta no início do tratamento, com a qualidade da AT.

Para avaliarmos estas hipóteses, foram realizados os procedimentos abaixo listados:

- Revisão do conceito de AT e de mecanismos de defesa.
- Utilização dos seguintes instrumentos para verificação das hipóteses em estudo.
- Para a avaliação da AT, o Questionário Revisado de Aliança Terapêutica (The Revised Helping Alliance Questionnaire – HAQ-II³⁴).

- Para avaliação do Eixo I e II, o diagnóstico registrado no prontuário dos pacientes do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- Para avaliação dos sintomas, o SCL 90 (Symptom Checklist-90 Revised).
- Para avaliação dos mecanismos de defesa foi realizada uma investigação clínica pelos médicos assistentes, com os critérios utilizados no DSM-IV-TR⁹ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

Verificar a existência de uma relação entre o nível dos mecanismos de defesa predominantes nos pacientes e a qualidade da aliança terapêutica durante uma psicoterapia de orientação analítica.

2.2 Objetivos Secundários

Avaliar outros fatores, possíveis interferentes, relacionando o diagnóstico no Eixo I e Eixo II, assim como a intensidade da sintomatologia, com os níveis dos mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica.

3 LITERATURA

Inicialmente, antes de abordar a literatura psicanalítica, propriamente dita, é necessário tecer algumas considerações importantes quanto à psicoterapia de orientação analítica, é um tipo de tratamento psicológico, baseado na teoria e na técnica da psicanálise, porém, difere da psicanálise clássica. Ambas utilizam o conceito de inconsciente postulado por Freud¹⁰, assim como a associação livre, a compreensão dos sonhos, humor e atos falhos, para entender e dar um significado aos conflitos inconscientes.

Porém, a psicanálise caracteriza-se no uso do divã, maior frequência de sessões e na sistemática da interpretação transferencial estimulando a neurose de transferência. A diferença é que na psicoterapia de orientação analítica, embora a interpretação também esteja baseada em uma compreensão transferencial ela é expressa, a *priori*, extra-transferencialmente, assim como é habitual realizar-se um menor número de sessões semanais e não usar o divã.

Também existem diferenças quanto aos objetivos, entre estes, dois tratamentos e ao processo terapêutico que cada um desenvolve. Eizirik, Schestatsky e Aguiar³⁷, referem-se de forma didática a certos aspectos diferenciais entre uma psicoterapia de orientação analítica e a psicanálise clássica:

Ao contrário da psicanálise a psicoterapia de orientação analítica não se propõe a promover (ao invés, trata de evitar), no paciente o desenvolvimento de uma neurose transferencial regressiva plena, que então procure resolver pelo trabalho interpretativo sistemático que leve ao insight e elaboração dos conflitos; embora utilizando a “tela” transferencial [...] não se procura pelos desdobramentos genéticos destes conflitos ou se tenta a recriação de seus protótipos primitivos [...]; a psicoterapia de orientação analítica estaria indicada naqueles pacientes com neuroses sintomáticas, neuroses de caráter ou transtornos fronteiriços de personalidade [...] com o trabalho psicoterápico restrito ao “nível” da capacidade do paciente [...]; na psicoterapia de orientação analítica os objetivos de “máximo benefício terapêutico” vêm em primeiro lugar, acima da prioridade psicanalítica do “máximo de conhecimento de si mesmo”; pode-se discriminar ênfases técnicas diferentes entre estas duas formas de psicoterapia: enquanto na psicanálise “a interpretação segue sendo o agente supremo na hierarquia dos princípios terapêuticos” [...], a psicoterapia de orientação analítica utiliza amplamente diversas combinações de interpretações transferenciais e extra-transferenciais, clarificações, confrontações, manipulações e ab-reações.

Em vista destes fatos é importante esclarecer porque, ao ser abordada a Literatura Psicanalítica, estarão sendo referidos tanto a Psicanálise em si, como a Psicoterapia de Orientação Analítica.

3.1 O Conceito de Aliança Terapêutica

A idéia de aliança terapêutica é fácil de ser entendida intuitivamente, mas difícil de ser colocada em conceitos. A aliança terapêutica é estabelecida com base em uma experiência prévia na qual foi possível interagir com outra pessoa, como o bebê com a mãe, para nos remetermos às suas origens. Etchegoyen¹¹, não chama esse fenômeno de transferência, porque é uma experiência do passado que serve para que o indivíduo se situe no presente e não em algo que se repete irracionalmente do passado em sua apresentação do presente. Dessa forma, Greenson e Wexler¹² e Etchegoyen¹¹, separam a aliança terapêutica da transferência; porém, estão totalmente de acordo com Melaine Klein¹³, para a qual a aliança terapêutica tem sua origem nas relações precoces de objeto, na relação da

criança com o seio ao que Zetzel¹⁴ chega às mesmas conclusões por seu próprio caminho.

Já em 1893, Freud¹⁵ dizia que: “[...] *em análise transformamos o paciente num colaborador [...]*”, afirmando, necessariamente ter como primeiro objetivo ligar o paciente ao tratamento para que posteriormente, o possamos tratar analiticamente.

Desde que Freud¹ discorreu sobre a transferência positiva inobjetével, para diferenciar da transferência excessivamente positiva ou erótica e da negativa, referindo-se a uma parte consciente e racional do paciente que colabora com o analista para a efetivação do processo terapêutico, vários autores têm tentado estabelecer um conceito sobre o que acontece na relação entre analista e paciente. Relatava então, a uma transferência diferente do conceito anterior da transferência como resistência que havia descrito anteriormente.

Etchegoyen¹¹ destaca que haveria uma dissociação terapêutica do ego: o conceito de que além das resistências o paciente colabora com o analista é tipicamente freudiano e o veremos atravessar toda sua obra. Em 1932, no Congresso de Wiesbaden em 1934, no *International Journal of Psychoanalysis* – “The fate of ego in analytic therapy” (O destino do ego na terapia analítica), Sterba² menciona concretamente a aliança terapêutica e a explica com base em uma dissociação terapêutica do ego em que se destacam duas partes; a que colabora com o analista e a que se opõe a ele; aquela é a que está voltada para a realidade, esta compreende os impulsos do id, as defesas do ego e as ordens do superego. A dissociação terapêutica do ego se deve a uma identificação com o analista, cujo protótipo é o superego.

As coincidências entre os ensaios de Sterba² e de Strachey¹⁶, publicados no mesmo número do *International Journal* de 1934 são dignas de nota. Enquanto para Sterba², o decisivo no processo analítico é a dissociação terapêutica do ego, para Strachey¹⁶ a chave é que o psicanalista assuma o papel de superego auxiliar. Os dois começam a destacar a

importância da intervenção na (resistência de) transferência. De acordo com o modelo freudiano de 1912, do qual parte Sterba, a transferência se estabelece como resistência ao trabalho de investigação da análise, já que o paciente atua para não lembrar as fantasias e experiências infantis, o que promove uma defesa do ego frente ao analista, transformando-o em representante das mesmas tendências aos quais o ego do analisado tem que se opor. O analista coloca-se em uma difícil situação, porque se transforma no destinatário da repetição emocional que se opera no paciente para obstruir justamente as lembranças que ele, o analista, procura.

Zetzel¹⁴, no 19º Congresso Internacional de Genebra, onde ocorreu uma discussão sobre problemas de transferência, refere que a transferência é entendida como a união da neurose de transferência com a aliança terapêutica. Segundo Sterba² e Bibring¹⁷ o ego sofre um “*splitting*”, o que leva Zetzel a distinguir teoricamente a transferência, ainda que ela dependa da existência de um ego suficientemente maduro, o que não existiria nos pacientes severamente perturbados e nas crianças pequenas. A exposição de Zetzel no Congresso de Genebra é o ponto de partida de uma investigação penetrante sobre o papel que cumpre no processo psicanalítico a aliança terapêutica.

A aliança terapêutica continua a ser entendida como assentada nas funções do ego e, concretamente, na autonomia secundária, mas é além disto, remetida às primeiras relações de objeto da criança com os pais, em especial a mãe. Mantém-se íntegro o conceito de que a aliança terapêutica é a base indispensável do tratamento baseado na teoria psicanalítica, e volta-se a defini-la como uma relação positiva e estável entre terapeuta e paciente, que permite levar a termo uma psicoterapia de orientação analítica.

É consenso, na literatura atual, que aliança terapêutica relaciona-se muitas vezes, com a transferência positiva e até negativa (quando fatores de rivalidade levam o paciente a colaborar), apesar de ser legítima a tentativa de separar conceitualmente os dois

fenômenos. Para Greenson¹⁸ (1979) e Etchegoyen¹¹ (1987), a aliança terapêutica (ou de trabalho) é um aspecto da transferência que não se separou claramente de outras formas de relação transferencial; “A aliança de trabalho é um fenômeno de transferência relativamente racional, dessexualizado e desagressivado.”

A aliança terapêutica depende do paciente, do terapeuta e do enquadre. O paciente colabora enquanto lhe é possível estabelecer um vínculo relativamente racional, a partir de seus componentes instintivos neutralizados, vínculos do passado que agora surgem na relação com o terapeuta. Este contribui por seu constante empenho em tentar entender e superar a resistência por sua empatia, sua atitude de aceitar o paciente sem julgá-lo ou dominá-lo. Podemos deduzir então, que a aliança terapêutica contém sempre uma mescla de elementos racionais e irracionais,

Greenson e Wexler no Congresso de Roma de 1976 (*apud* Etchegoyen¹¹, 1987), apresentaram suas idéias de que a relação analítica é dividida em transferencial e não-transferencial. A aliança terapêutica fica definida como uma interação real (às vezes, entre aspas e outras, sem elas para mostrar a vacilação dos autores), que pode requerer por parte do terapeuta intervenções diferentes da interpretação. Seria a relação racional, não neurótica com o analista.

Meltzer¹⁹, afirma que sempre existe em cada enfermo, ainda que não seja acessível, um nível mais maduro da mente que deriva da identificação introjetiva com objetos internos adultos e pode ser chamado com razão “parte adulta”. Com essa parte se constituiria a aliança terapêutica, embora este autor não utilize tal conceito.

Heimann²¹, no mesmo Congresso de Roma de 1976, preferiu chamar de aliança básica o que Greenson e Wexler (1976), chamaram de aliança de trabalho. Heimann reconheceu que a transferência positiva sublimada é um fator indispensável ao tratamento; aspecto que se liga à confiança básica e à simpatia que fazem parte da condição humana.

Mackie²² (1981), considera que o paciente desenvolve um vínculo e uma dependência não transferencial com o terapeuta, o que seria parte da AT. Dickes²³ (1975), refere-se a uma distinção entre aliança de trabalho e aliança terapêutica, sendo esta uma relação mais ampla envolvendo tanto aspectos racionais como irracionais. Dentre os racionais estão as expectativas realísticas em relação ao tratamento, o desejo de aliviar-se dos sofrimentos e entre os irracionais menciona as expectativas não realísticas (infantis, mágicas, etc.), a transferência positiva, bem como o desejo de livrar-se do sofrimento sem seu próprio esforço.

Etchegoyen¹¹, ainda menciona o conceito de pseudo-aliança terapêutica de Rabin, considerando que é uma expressão do que Bion (1957), chama de personalidade psicótica ou parte psicótica da personalidade que assume, às vezes, a forma da reversão da perspectiva como a aparente colaboração do paciente.

Kaplan²⁴, sugere que nenhuma análise pode avançar sem a formação de uma aliança terapêutica racional e confiável, e seu estabelecimento é a primeira tarefa antes que a neurose de transferência mais profunda possa a ser facilitada. A inevitável irrupção de elementos transferenciais exige que o terapeuta restaure repetidamente, a aliança terapêutica de modo a evitar que a irracional idade e a regressão desorganizem o paciente e ameacem o tratamento. É importante para o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica que o paciente tenha a capacidade de enquanto uma parte de sua mente inconscientemente repete os conflitos psíquicos, outra parte deve ser capaz de manter-se livre de conflitos e racional e de se distanciar a fim de reconhecer a natureza irracional de suas respostas.

Hausner²⁵, examina as diferenças entre aliança terapêutica e aliança de trabalho. Desde a sua introdução, os conceitos de aliança terapêutica e aliança de trabalho vêm provocando polêmica quanto à natureza e função dessas alianças, assim como à

aplicabilidade e validade dos conceitos. São delineados aspectos destes conceitos tal como colocados originalmente por Zetzel¹⁴ e Greenson²⁶, com ênfase nas distinções significativas entre elas. A relação destes conceitos com o grau de psicopatologia é examinada especialmente, no que diz respeito ao que pode ser entendido como os aspectos mais silenciosos da aliança terapêutica. Identificação mútua, empatia e responsividade à função são enfatizadas como aspectos constituintes da aliança terapêutica. A aliança de trabalho só é vista como possível (teórica e clinicamente), após uma aliança terapêutica ter-se estabelecido em certo grau. Ambas as alianças são entendidas como estruturas intrínsecas dentro do processo analítico.

Meissner²⁷, em seu livro “The therapeutic alliance”, aborda exaustivamente o tema quanto à natureza e diferenças entre a transferência e contratransferência, aliança de trabalho, a relação real entre terapeuta e paciente, a empatia e as qualidades e fatores pessoais, numa das mais completas revisões sobre o tema. Muitas de suas referências são as citadas acima.

Na Parte I, onde discorre sobre a natureza da AT, quanto à definição do termo, destaca que ainda existe uma considerável confusão; uns apontam que seria só a colaboração do paciente, outros que seria a transferência também, ou seja, poderia ser um aspecto da transferência. Lacan se refere a uma ligação entre o ego do paciente e o ego do terapeuta, uma aliança de trabalho. Para Meissner, contudo, a AT é algo específico, dinâmico, que evolui com o desenvolvimento da terapia. Baseia seus conceitos em Zetzel (1956) e Greenson (1965). Baseia-se em Winnicot (1960b e 1965), na comparação com o conceito de “*holding*”, e a Anna Freud (1965) quando esta coloca que determinadas crianças se relacionam com seus analistas como pessoas reais.

Seu conceito, no entanto, é fundamentado em dois aspectos: o primeiro é que a AT se implementa no processo terapêutico com o envolvimento dos elementos transferenciais

e contratransferenciais, assim como as histórias do paciente e do analista, e evolui durante o tratamento mais no paciente que no terapeuta. O segundo é que a AT se relaciona com o *setting*, na manutenção das regras da terapia, no desenvolvimento de uma ressonância empática do entendimento e das descobertas, das formulações e das explicações das interpretações e é responsável pelo desenvolvimento de um papel crítico em todos os níveis do processo terapêutico; é extremamente dinâmica e se desenvolve e modifica de acordo com o caráter e o significado do progresso terapêutico.

Um estudo brasileiro recente foi realizado por Marcolino³⁶ (2003). Este trabalho avaliou o impacto da aliança terapêutica em um programa de psicoterapia individual psicodinâmica breve e considerou a aliança terapêutica como um conceito central do processo psicoterápico. Os resultados demonstraram que nos pacientes que tiveram uma pontuação maior na capacidade de perceber o terapeuta como capaz de entender seu ponto de vista e seu sofrimento, tiveram uma redução maior da sintomatologia, e os pacientes com maior capacidade para aliança de trabalho atingiram os melhores resultados em psicoterapia.

Embora o conceito de aliança terapêutica possa ser discutido por alguns autores, muitos o colocam como de importância fundamental na relação terapêutica e ressaltam que o estabelecimento desta aliança, em maior ou menor intensidade, poderá influenciar nos resultados de uma psicoterapia.

3.2 O Conceito de Mecanismos de Defesa

A partir da obra de Freud foi possível fundamentar a relação existente entre os mecanismos de defesa e a formação de sintomas, ou seja, as doenças mentais. Em uma

compreensão mais ampla, como a própria equação etiológica freudiana das doenças mentais se ressalta, a etiologia é multifatorial, constituição (herança + vivências maternas), vivências infantis e problema atual. Porém, sua compreensão da utilização dos mecanismos de defesa inconscientes permite relacionar o surgimento da doença assim como sua gravidade, dependendo do grupo de mecanismos mais ou menos regressivos utilizados.

Destaca Freud²⁸ (p.503):

Os mecanismos de defesa servem ao propósito de manter afastados os perigos. Não se pode discutir que são bem-sucedidos nisso, e é de duvidar que o ego pudesse passar inteiramente sem esses mecanismos durante seu desenvolvimento. Mas é certo também que eles próprios podem transformar-se em perigos. Às vezes, se vê que o ego pagou um preço alto demais pelos serviços que eles lhe prestam. O dispêndio dinâmico necessário para mantê-los, e as restrições do ego que quase invariavelmente acarretam, mostram ser um pesado ônus sobre a economia psíquica. Ademais, esses mecanismos não são abandonados após terem assistido o ego durante os anos difíceis de seu desenvolvimento. Nenhum indivíduo, naturalmente, faz uso de todos os mecanismos de defesa possíveis. Cada pessoa não utiliza mais do que uma seleção deles, mas estes se fixam em seu ego. Tornam-se modalidades regulares de reação de seu caráter, as quais são repetidas durante toda a vida, sempre que ocorre uma situação semelhante à original. O ego do adulto, com sua força aumentada, continua a se defender contra perigos que não mais existem na realidade; na verdade, vê-se compelido a buscar na realidade as situações que possam servir como substituto aproximado ao perigo original, de modo a poder justificar, em relação àquelas, o fato de ele manter suas modalidades habituais de reação. Assim, podemos facilmente entender como os mecanismos defensivos, por ocasionarem uma alienação cada vez mais ampla quanto ao mundo externo e um permanente enfraquecimento do ego, preparam o caminho para o desencadeamento da neurose e o incentivam.

Em outro trabalho, Freud²⁹ (p.13-17) continua:

O que nos resta agora é considerar a relação entre a formação de sintomas e a geração de ansiedade. Parece haver duas opiniões amplamente sustentadas sobre esse assunto. Uma é que a ansiedade é um sintoma de neurose. A outra é que existe uma relação muito mais ampla entre as duas. De acordo com a segunda opinião, os sintomas só se formam a fim de evitar a ansiedade: reúnem a energia psíquica que de outra forma seria

descarregada como ansiedade. Assim este seria o fenômeno fundamental e o principal problema da neurose.

Podemos também acrescentar que a geração de ansiedade põe a geração de sintomas em movimento e é, na realidade, um requisito prévio dela, pois se o ego não despertasse a instância de prazer-desprazer gerando ansiedade, não conseguiria a força para paralisar o processo que se está preparando no id e que ameaça com perigo.

Seria, contudo, mais correto atribuir ao processo defensivo o que acabamos de dizer sobre a formação de sintomas e empregar a segunda expressão como sinônimo de formação de substitutos. Tornar-se-á então claro que o processo defensivo é análogo à fuga por meio da qual o ego se afasta de um perigo que o ameaça de fora. O processo defensivo é uma tentativa de fuga de um perigo instintual.

Cumpramos assinalar então, que a utilização de mecanismos de defesa é um ponto comum entre os indivíduos na tentativa de controlar a ansiedade conseqüente do conflito intrapsíquico. Quando o uso destes mecanismos acontece de forma agrupada e sistemática podem, ou caracterizar o “jeito” de ser de um indivíduo, seus traços e transtornos de personalidade, ou uma patologia psicológica, quando sua utilização seria de maneira mais intensa, mais freqüente e inflexível.

Poderíamos dizer então que o uso de uma variedade de mecanismos de defesa acontece em todas as pessoas, e o que diferenciaria de uma melhor capacidade adaptativa até uma patologia mais severa, seria a intensidade e a freqüência do uso de determinado grupo de mecanismos, sejam mais ou menos maduros.

Anna Freud³⁰ (1936), em seu livro “O ego e os mecanismos de defesa”, descreve detalhadamente a importância e o papel destes mecanismos, na formação de sintomas e no estabelecimento das doenças mentais. Começa a delinear a concepção de uma classificação na qual os mecanismos de defesa teriam um “*continuum*” desde os mais primitivos, como a repressão e a projeção, até outros mais evoluídos “*que se desenvolvem a partir da maturação das estruturas, ego e superego*”, como a sublimação e o altruísmo.

Fenichel³¹ (1945), ressaltou que os principais mecanismos de defesas psicológicas

seriam: repressão, negação, racionalização, formação reativa, isolamento, projeção, regressão e sublimação, sendo que estes mecanismos poderiam ser encontrados em indivíduos saudáveis, e sua presença excessiva seria, via de regra, indicação de possíveis sintomas neuróticos.

Outros autores como Fadiman³², também se referem sobre o tema:

Os mecanismos de defesa são um conjunto de operações que permitem reduzir ou suprimir estímulos que possam causar desprazer, tentando, assim, manter o equilíbrio do aparelho psíquico. Este conceito importante e complexo atinge tanto o conceito de normalidade como de patologia, uma vez que uma pessoa não adoece por possuir defesas, mas sim por sua ineficácia ou pelo mau uso que faz delas. Dessa forma, a reestruturação da pessoa (em relação aos mecanismos de defesa) consiste, em parte, utilizar esses mecanismos de forma flexível e adequada. Os principais mecanismos de defesa são: repressão, negação, cisão, projeção, sublimação e formação reativa.

Gabbard³⁸ ao citar o trabalho de Anna Freud, descreve que embora Freud reconhecesse a existência de outros mecanismos de defesa dedicou maior atenção à repressão, e que foi ela que ampliou este trabalho descrevendo detalhadamente nove mecanismos de defesa específicos: regressão, formação reativa, anulação, introjeção, identificação, projeção, voltar-se contra si mesmo, reversão e sublimação. Refere ainda outra grande importância deste trabalho, no qual a autora ao desviar a ênfase da psicanálise das pulsões para as defesas do ego, “*antecipou o movimento da psicanálise e da psiquiatria dinâmica de afastamento da formação do sintoma neurótico rumo a patologia do caráter.*”

Retomando à Anna Freud³⁰ (p.36-37), ao reportar-se ao termo “defesa”, cita que:

[...] a palavra defesa que empreguei [...] é a mais antiga representante do ponto de vista psicodinâmico, na teoria psicanalítica. Surge pela primeira vez em 1984, no estudo de Freud – The Defence Neuro-Psychoses, sendo aí empregada e em muitos de seus trabalhos subsequentes [...] para descrever a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis.

Relata ainda que este termo foi abandonado por Freud, sendo substituído por

repressão, sendo que em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926) retomou ao antigo conceito de defesa, “[...] desde que o empreguemos explicitamente como uma designação geral para todas as técnicas de que o ego se serve em conflitos que possam redundar em neurose, ao passo que retemos a palavra “repressão” para aquele método especial de defesa [...].”

A partir deste momento, a autora sugere uma maior investigação de outros modos específicos de defesa e uma comparação com os demais que já haviam sido descobertos por outros investigadores psicanalíticos. Tentou ainda uma classificação cronológica dos mecanismos de defesa (p.45), mas conclui que:

Portanto, uma classificação dos mecanismos de defesa de acordo com a posição no tempo inevitavelmente compartilha de todas as dúvidas e incertezas que ainda hoje afetam os pronunciamentos cronológicos em análise. Será talvez melhor abandonar as tentativas para assim os classificarmos e, ao invés disso, estudar em detalhe as situações que provocam as reações defensivas.

George Vaillane³, em seu livro “Adaptation to life”, reporta-se aos trabalhos de Freud e Anna Freud para, no capítulo 5 - Mecanismos adaptativos do ego, uma hierarquia - classificar 18 mecanismos de defesa em 4 níveis: mecanismos psicóticos (comuns nas psicoses, sonhos e nas crianças pequenas), mecanismos imaturos (comuns nas depressões severas, transtornos de personalidade e adolescência), mecanismos neuróticos (comuns em todas as pessoas) e mecanismos maduros (comuns em adultos sadios), de acordo com a evolução do processo adaptativo, sua maturidade e importância patológica. Sugere ainda que o amadurecimento da vida humana é acompanhado pela evolução destes processos adaptativos. Refere ainda que a hierarquia descrita não reflete somente um “*continuum*” da criança ao adulto, mas também da doença até a saúde.

Em pesquisa recente Kipper³⁹ (2003) evidenciou que, em pacientes com pânico, havia uso de mecanismos de defesa mais desadaptativos comparados com controles

normais, assim como diferenças após o tratamento psicofarmacológico. Ressalta que:

As defesas maduras são consideradas defesas adaptativas pois considera-se que são as defesas que conseguem maximizar a gratificação do impulso e permitem o conhecimento consciente dos sentimentos, idéias e suas conseqüências, envolvendo um balanço adequado entre manter a idéia e o afeto na mente, enquanto simultaneamente atenua-se o conflito.

Considera ainda que:

[...] as defesas imaturas são aquelas que envolvem uma maior distorção de si mesmo, do corpo, ou de outros, podendo ser empregadas para regular a auto-estima, ou ainda caracterizam-se por manter os estressores, impulsos, idéias, afetos ou responsabilidades desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, fazendo ou não uma atribuição incorreta destes a causas externas.

Na presente investigação a escolha da Escala de Funcionamento Defensivo proposto no DSM-IV-TR^{TM9}, como instrumento de pesquisa, levou em consideração estes autores no sentido de haver uma hierarquia, isto é, dentro de uma idéia da utilização de mecanismos mais primitivos por pacientes portadores de doenças mentais de maior gravidade a de mecanismos maduros, que seriam usados de maneira mais freqüente nos casos de menor intensidade. Além disso, considerando a ego-sintonia inerente ao conceito de mecanismos de defesa foi avaliado como relevante, o fato da mesma ser respondida pelo terapeuta, conforme exame do funcionamento defensivo de seus pacientes.

4 SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 Delineamento da Pesquisa

Estudo transversal.

4.2 Seleção da Amostra

Participaram do estudo os pacientes que tiveram indicação para Psicoterapia de Orientação Analítica no Ambulatório de Psicoterapia do HCPA, pelo período de um ano durante o qual foi realizada a coleta dos dados.

Foram selecionados os pacientes que receberam indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica no Ambulatório de Psiquiatria pelos residentes e cursistas do segundo ao terceiro ano do Programa de Residência e Curso de Especialização em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria, treinados para a aplicação dos critérios de indicação desta modalidade terapêutica. Um pesquisador sênior independente, com experiência em psiquiatria e psicanálise, confirmava a indicação ou contra-indicação de psicoterapia.

Os critérios usados para indicação da psicoterapia foram os descritos por Cordioli²⁰ (1998):

- sofrimento psíquico,
- motivação,
- capacidade de estabelecer um vínculo e uma aliança de trabalho com o terapeuta,
- capacidade para *insight*,
- nível de adaptação prévia razoável,
- idade mínima de 18 anos e máxima de 65 anos.

Foram critérios de contra-indicação para a psicoterapia e portanto, de exclusão da amostra:

- problemas de natureza aguda (psicoses, transtorno de humor e de ansiedade, etc.),
- pacientes severamente comprometidos, nos quais a busca de *insight* pode provocar regressões graves,
- retardo mental,
- incapacidade para simbolizar, expressar seus sentimentos e emoções ou sem interesse em procurar fazer modificações por meio da compreensão de seus conflitos.

4.3 Avaliação dos Fatores em Estudo

1. Ficha de Identificação (ANEXO 1);
2. Termo de Consentimento do Paciente (ANEXO 2);
3. Termo de Consentimento do Terapeuta (ANEXO 3);
4. Mecanismos de Defesa, utilizando-se a Escala de Funcionamento Defensivo do DSM IV-TR⁹. A divisão dos mecanismos de defesa é realizada de maneira conceitual e empiricamente em grupos correlatos, denominados Níveis de

Defesa. Com o objetivo de viabilizar a análise estatística, foram agrupados os 7 níveis em que estão divididos nesta escala, em 3 níveis de acordo com hierarquia adaptativa. Para o uso da Escala de Funcionamento Defensivo, o terapeuta deveria listar até 7 defesas ou formas de manejo específicas (iniciando com a mais proeminente) e depois indicar o nível de defesa predominante exibido pelo indivíduo. Para este registro, foi utilizado um formulário específico (ANEXO 6). O terapeuta, ao realizar o registro, colocava o número correspondente à descrição da defesa identificada. Este número corresponde, no formulário, ao mecanismo de defesa abaixo relacionado. Para elaboração da escala, a ordem de descrição dos mecanismos de defesa foi disposta aleatoriamente e o nome da defesa de cada item suprimida. A finalidade foi de tornar menos “enviesada” a avaliação por parte dos terapeutas.

- *Nível 1 - Defesas Maduras (alto nível adaptativo)* - Este nível de funcionamento defensivo resulta em adaptação muito favorável no manejo de estressores. Essas defesas geralmente maximizam a gratificação e permitem a conscientização de sentimentos, idéias e suas conseqüências. Elas também promovem um equilíbrio favorável entre motivos conflitantes. Neste nível estariam incluídos os seguintes mecanismos de defesa:

01. Sublimação

15. Humor

05. Supressão

23. Afiliação

26. Altruísmo

13. Antecipação

14. Auto-afirmação

10. Auto-observação

- *Nível 2 - Defesas Intermediárias (nível das inibições mentais - formação de compromisso - nível de leve distorção da imagem e nível da negação) -*
Nestes níveis o funcionamento defensivo mantém idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores potencialmente ameaçadores, fora da consciência. Também se caracteriza por distorções da imagem de si mesmo, do corpo ou de outros, podendo ser empregado para regular a auto-estima. Igualmente podem atribuir, de forma correta ou não, a causas externas a origem destes fatos. Estão incluídas neste nível, as seguintes defesas:

03. Desvalorização

02. Onipotência

21. Anulação

07. Deslocamento

19. Dissociação

11. Formação Reativa

8. Intelectualização

9. Isolamento afetivo

12. Repressão

20. Idealização

24. Negação

04. Projeção

22. Racionalização

- *Nível 3 - Defesas Primitivas (nível de importante distorção da imagem, nível de ação, nível de desregulagem defensiva) - São defesas*

caracterizadas por uma ampla distorção ou descrição incorreta da imagem, própria ou de outros, ou que lida com os estressores internos ou externos pela ação ou pelo retraimento, ou ainda, pelo fracasso de regulação defensiva em conter a reação do indivíduo a estressores levando a uma ruptura pronunciada com a realidade. Estão incluídas neste nível as seguintes defesas:

17. Cisão da auto-imagem ou da imagem dos outros

06. Fantasia autista

16. Identificação projetiva

25. Atuação

18. Queixas com rejeição de ajuda

5. Eixo I - Utilização do diagnóstico do médico assistente.
6. Eixo II - Utilização do diagnóstico do médico assistente.
7. Níveis da sintomatologia pela aplicação da escala Symptom Checklist-90-Revised - SCL 90-R^{42,43} (ANEXO 7). Esta escala é utilizada como um instrumento de uma visão rápida, como uma medida para alta ou nível da psicopatologia e como uma quantificação da psicopatologia atual através de nove expressões de sintomas: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicose. Trata-se de um questionário de 90 questões auto-respondidas.
8. As aplicações das escalas serão realizadas através de entrevistas realizadas por médicos residentes em Psiquiatria devidamente treinados para esta finalidade, além de um psicoterapeuta sênior supervisor, com especialização em psiquiatria e psicanálise.

4.4 Avaliação do Desfecho em Estudo: Aliança Terapêutica

O desenvolvimento e a qualidade da AT, foi avaliado pelo instrumento HAqII, versão do paciente e do terapeuta (ANEXOS 4 e 5), elaborado por Luborsky et al.³⁴ (1996). Este estudo publicado foi uma revisão da escala HAq-I, aplicada em pacientes dependentes de cocaína e comparada com a Escala Californiana da Aliança em Psicoterapia (CALPAS), com uma convergência validada nos escores totais.

Em outro trabalho Barber et al.⁴¹ utilizaram este instrumento, assim como o CALPAS, em um estudo randomizado, no qual documentaram uma aliança terapêutica alta. Embora a informação da aliança terapêutica estabelecida não influa no prognóstico pós-alta do paciente em relação às drogas, apareceram medidas da existência de uma aliança forte aos 6 meses de tratamento o que não aconteceu no primeiro mês. A medida da aliança, entretanto, previu uma diminuição de sintomas depressivos aos 6 meses de tratamento.

Luborsky⁴⁰ (2000), em data mais recente, publicou a convite dos editores do Journal of Psychotherapy Research, um artigo de revisão de seus trabalhos de pesquisa e o impacto destes, desde 1976. Retrata uma ampla evolução das pesquisas a respeito da aliança terapêutica, assim como compara a validação a outros instrumentos semelhantes como o Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), o Helping Alliance Counting Signs (HACs), o Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS), o Working Alliance Inventory (WAI), a California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS),

O HAqII, nos foi cedido para o uso nesta pesquisa pelo autor da mesma e traduzido para o português e, posteriormente, retraduzido para o inglês, e comparada a equivalência. Houve uma boa compreensão da escala em português pelos indivíduos que participaram do

estudo piloto como deste trabalho. No momento encontra-se em processo de validação.

O questionário HAqII é auto-respondido e contém dezenove itens que avaliam em uma escala de 1 a 6 dimensões essenciais do relacionamento paciente-terapeuta, sentimentos de compreensão, confiança, interesse, objetivos comuns e desejo de progresso. O instrumento foi aplicado em todos os pacientes e terapeutas que realizavam Psicoterapia de Orientação Analítica no Ambulatório do HCPA, por um período de um ano.

4.5 Sistema de Escore

O ponto de corte da escala é calculado pela média e desvio padrão para cada uma das questões e para o escore total. É considerada uma aliança fraca quando o resultado é menor do que o valor obtido pela equação: média menos o desvio padrão ($X-DP$) e forte quando maior ou igual à média menos o desvio padrão ($X-DP$). Nas questões 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, são considerados os escores diretos, enquanto que as de números 4, 8, 11, 16, 19 possuem escores invertidos em suas respostas, ou seja, quando maior os escores no primeiro grupo e menores os do segundo grupo, melhor a Aliança Terapêutica. No entanto, para a análise, o segundo grupo tem seus escores invertidos, de tal forma que para todas as questões fica padronizado que quanto maior o escore, melhor é considerada a qualidade da aliança terapêutica.

4.6 Análise Estatística

- A amostra foi seqüencial conforme demanda de casos encaminhados, com indicação dentro dos critérios já descritos, e seus respectivos terapeutas, para tratamento em nosso Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica. Significou em torno de 40 duplas pacientes/terapeutas durante o ano de 2001. Partimos do princípio de que haveria em torno de 80% de concordância com nossa hipótese principal.
- Os resultados foram examinados através de análise descritiva das variáveis e pelos testes Qui-quadrado, ANOVA-uma via, teste t de Student-Newman-Keuls e Mann-Whitney Test.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição da Amostra

Foram investigados um total de 37 duplas pacientes/terapeutas das 40 duplas que realizavam Psicoterapia de Orientação Analítica no Ambulatório do Serviço Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em três duplas, os pacientes não concordaram em participar da pesquisa.

A composição da amostra de pacientes ficou assim caracterizada:

Quanto ao sexo, a maioria eram mulheres (27) e a minoria de homens (10), com idade média de 38 anos (DP=13), todos alfabetizados. Em relação à situação conjugal a maior parte eram casados (45,9%), sendo seguidos dos solteiros (35,1%) e separados (18,9%).

No referente aos diagnósticos de Eixo I, bastante variado, a frequência, foi Depressão Maior (10,8%), seguido de Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Obsessivo-Compulsivo com igual frequência (5,4%).

Tabela 1 - Diagnósticos em Eixo I

Diagnósticos	Frequência	Porcentagem
Sem diagnóstico	9	24,3
Abuso/abstinência de álcool	1	2,7
T. Ans. Generalizada/Depressão	1	2,7
T. Bipolar/Anorexia Nervosa	1	2,7
T. Depressivo Maior	10	27,0
T. Depressivo Moderado	2	5,4
T. Distímico	1	2,7
T. Afetivo Bipolar em Remissão	3	8,1
Síndrome de Ansiedade	1	2,7
T. Ansiedade Generalizada	1	2,7
T. Pânico com Agorafobia	1	2,7
T. Afetivo Bipolar 1	1	2,7
T. Afetivo Bipolar 2	1	2,7
T. Afetivo Bipolar 3	1	2,7
T. Obsessivo Compulsivo	2	5,4
T. Pânico	1	2,7
Total	37	100,0

Em relação aos diagnósticos em Eixo II, foram bastante mistos, sendo que a maioria dos pacientes não preenchia critérios de transtornos e, sim, de traços de personalidade. Dos transtornos a maior prevalência foi de Transtornos Histriônicos (5,4%) e de traços de personalidade, os narcisistas (5,4%).

Tabela 2 - Diagnósticos em Eixo II

Diagnósticos	Frequência	Porcentagem
Sem diagnóstico	15	40,5
T. Personalidade Depressiva	2	5,4
T. Personalidade Evitativa/Fóbica	1	2,7
T. Personalidade Histriônica	5	13,5
Luto Patológico	1	2,7
T. Personalidade Obsessiva	2	5,4
T. Personalidade Dependente	1	2,7
T. Personalidade Esquizóide	1	2,7
Traços Histriônicos	2	5,4
Traços Narcisistas	3	8,1
Traços Histriônicos/Masoquistas	1	2,7
Traços Histriônicos/Obsessivos	1	2,7
Traços Obsessivos	2	5,4
Total	37	100,0

Quanto à frequência de sessões, a maioria dos pacientes (59,5%) realizava duas sessões semanais, ao passo que os demais (40,5%) realizavam uma sessão semanal;

Em relação ao tempo de terapia, 25 pacientes (67,5%) estavam em terapia há mais de 6 meses, enquanto que os outros 12 (32,5%), a menos de 6 meses.

Os resultados da predominância dos mecanismos de defesa apresentados, em sua maioria foram intermediários (40,5%) seguidas pelas maduras (29,7%) e primitivas (29,7%).

A composição da amostra de terapeutas foi assim constituída:

Os terapeutas envolvidos no estudo foram em número de 12, residentes ou cursistas, com no mínimo um ano e meio de formação psiquiátrica, 7 terapeutas eram do

sexo masculino e 5 do sexo feminino. A distribuição dos pacientes foi feita de forma aleatória por ordem de admissão em psicoterapia no Ambulatório de Psiquiatria do HCPA.

Cada residente/cursista tinha seu supervisor psicoterapeuta sênior, além de um coordenador psicoterapeuta/psicanalista, coordenador do estudo.

5.2 Análise da Aliança Terapêutica

Na escala de aliança terapêutica, **versão paciente**, foram consideradas como aliança forte por 100% da amostra nas questões 1, 2, 3, 5, 7, 9, 12, 14, enquanto nas demais os pontos de corte se dividam entre forte e fraco porém, mantendo frequência maior a percepção de qualidade de aliança forte: questões 4 (fraca 29%, forte 70,3%); 6 (fraca 2,7%, forte 97,3%); 8 (fraca 16,2% forte 83,8%); 10 (fraca 2,7% forte 97,3%); 11 (fraca 21,6% forte 78,4%); 13 (fraca 2,7% forte 97,3%); 15 (fraca 2,7% forte 97,3%); 16 (fraca 18,9% forte 81,1%); 17 (fraca 16,2% forte 83,8); 18 (fraca 16,2% forte 97,3%); 19 (fraca 16,2% forte 83,8). No escore total versão paciente, 13,5% dos pacientes consideraram a aliança como fraca e 86% como forte.

Na escala de aliança terapêutica, **versão terapeuta**, as questões 2, 3, 7, 9, 12, 14 como forte por 100% dos mesmos, as quais coincidem com a percepção dos pacientes, exceto pela questão 15. Nas seguintes questões a percepção se dicotomizou: questão 1 (fraca 2,7% forte 97,3%); 4 (fraca 43% forte 56,8%) – nesta houve uma distribuição mais parelha; 5 (fraca 8,1% forte 91,9%); 6 (fraca 24% forte 75,7%); 8 (fraca 5,4% forte 94,6%); 11 (fraca 16% forte 94%); 19 (fraca 2,7% forte 97,3%). Em contraste, os terapeutas consideraram um vínculo fraco no que se refere ao conteúdo das questões de números 16 (fraca 64,9% forte 35,1%) e 19 (fraca 54,1% forte 45,9%). No escore total da

escala versão terapeuta, encontrou-se uma frequência de fraca para 10,8% para forte com 89,2%.

Tabela 3 - Frequência Média (X) da Qualidade da AT Considerada (HAqll) - Versão Paciente e Terapeuta (conforme ponto de corte calculado em AT Fraca e AT Forte)

Questões	AT – Versão Paciente		AT – Versão Terapeuta	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte
01	-	37 (100%)	01 (02,7%)	36 (97,3%)
02	-	37 (100%)	-	37 (100%)
03	-	37 (100%)	-	37 (100%)
04	11 (29,7%)	26 (70,3%)	16 (43,2%)	21 (56,8%)
05	-	37 (100%)	03 (08,1%)	34 (91,9%)
06	01 (02,7%)	36 (97,3%)	09 (24,3%)	28 (75,7%)
07	-	37 (100%)	-	37 (100%)
08	06 (16,2%)	31 (83,8%)	02 (05,4%)	35 (94,6%)
09	-	37 (100%)	-	37 (100%)
10	01 (02,7%)	36 (97,3%)	01 (02,7%)	36 (97,3%)
11	08 (21,6%)	29 (78,4%)	02 (05,4%)	35 (94,6%)
12	-	37 (100%)	-	37 (100%)
13	01 (02,7%)	36 (97,3%)	08 (21,6%)	29 (78,4%)
14	-	37 (100%)	-	37 (100%)
15	01 (02,7%)	36 (97,3%)	-	37 (100%)
16	07 (18,9%)	30 (81,1%)	24 (64,9%)	13 (35,1%)
17	06 (16,2%)	31 (83,8%)	05 (13,5%)	32 (86,5%)
18	01 (02,7%)	36 (97,3%)	01 (02,7%)	36 (97,3%)
19	06 (16,2%)	31 (83,8%)	20 (54,1%)	17 (45,9%)
Total	05 (13,5%)	32 (86,5%)	04 (10,8%)	33 (89,2%)

Tabela 4 - Comparação entre as Questões cujas Médias da AT - Versão Paciente versus as Médias da AT - Versão Terapeuta (com seus respectivos desvios padrões, foram significativas, sendo considerado significativo o valor p igual ou menor que 0,05)

Questões	Médias	Desvio Padrão		Valor de P
01	5,5135 vs. 5,0811	,5588	vs. ,6823	0,004
02	5,2703 vs. 4,8108	,5602	vs. ,5695	0,001
03	5,5676 vs. 5,1621	,5548	vs. ,5534	0,002
05	5,4054 vs. 4,7027	,8777	vs. ,7633	0,001
06	4,9730 vs. 3,9459	,7633	vs. 1,0527	0,001
09	5,2703 vs. 5,0270	,5082	vs. ,4992	0,041
11	2,2973 vs. 1,7838	1,4694	vs. ,7865	(tendência) 0,066
13	5,1081 vs. 4,1351	,6986	vs. ,9764	0,001
14	5,8919 vs. 5,5405	,3148	vs. ,6496	0,004
16	2,4865 vs. 3,9730	1,2388	vs. 1,2130	0,001
19	2,0541 vs. 3,6216	1,2235	vs. 1,3815	0,001

5.3 Análise dos Escores Totais pelo Teste do Qui-quadrado: Efeito Número de Sessões, Tempo de Terapia e Sexo

5.3.1 Número de sessões

Na análise da percepção pelos pacientes de aliança forte ou fraca conforme número de sessões semanais (1 ou 2) não houve diferença significativa ($p=0,266$). O mesmo foi demonstrado para os escores totais na escala versão terapeuta ($p=0,897$). Desta forma, a

qualidade da aliança terapêutica em forte ou fraca pelos pacientes e terapeutas foi independente do número de sessões semanais.

5.3.2 Tempo de terapia

O tempo de terapia de até 6 meses ou mais de 6 meses identificou que a classificação no escore total em forte e fraco uma diferença estatisticamente significativa na percepção dos pacientes ($p=0,016$). Quanto maior o tempo de terapia melhor era considerada a AT pelos pacientes. A mesma análise no escore total dos terapeutas mostrou um escore muito próximo ao significativo: ($p=0,053$), podemos dizer que houve uma tendência.

Assim, através dos resultados foi possível verificar que houve uma influência do tempo que o paciente encontra-se em psicoterapia em relação à qualidade da AT estabelecida, tanto do paciente em relação ao terapeuta como do terapeuta em relação a seus pacientes.

5.3.3 Diferenças entre os sexos

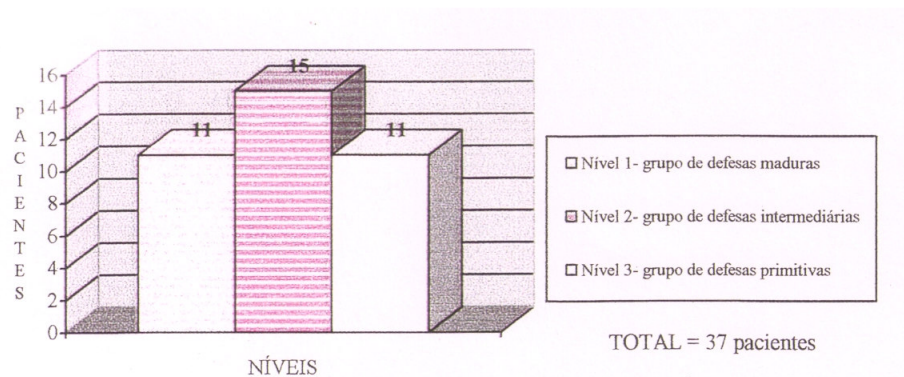
Houve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) em relação à qualidade da AT estabelecida por pacientes de sexo diferente em relação a seus terapeutas, sendo que os pacientes homens relataram uma aliança mais forte em relação à aliança estabelecida por pacientes mulheres.

Quando considerado escore total da AT estabelecida pelo terapeuta em relação ao sexo do paciente, não houve diferença significativa ($p=0,50$).

Na análise da qualidade da AT, levando em consideração a diferença de sexo entre os participantes por dupla, em todas as variáveis de paciente vs. terapeuta, o valor ($p=0,206$) não foi significativo para esta amostra.

5.4 Análise do Nível dos Mecanismos de Defesa dos Pacientes em Relação à Qualidade da Aliança Terapêutica

Gráfico - Amostra dos pacientes por nível dos mecanismos de defesa



Na análise dos escores do nível dos **mecanismos de defesa dos pacientes versus a qualidade da AT**, foram utilizados os métodos de análises estatísticas descritivas, Anova de uma via e teste t de Student-Newman-Keuls.

Na análise da relação das médias dos **níveis de mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes** e a média **da qualidade da AT estabelecida pelos mesmos**, o resultado de $p=0,797$ indicou que não existe diferença estatisticamente significativa para a amostra.

Na análise da relação das médias dos **níveis de mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes** e a média **da qualidade da AT estabelecida pelos terapeutas**, o resultado de $p=0,925$ também demonstrou não existir diferença estatisticamente significativa.

Na análise estatística da **qualidade da AT (HAqII)**, por questões, tanto dos **pacientes como dos terapeutas**, em relação aos **níveis dos mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes**, também não existiram resultados estatisticamente significativos, $p=0,788$ e $p=0,934$ respectivamente.

5.5 Análise da Qualidade da Aliança Terapêutica em Relação aos Sintomas Psiquiátricos

Na análise estatística da **qualidade da AT (HAqII)**, tanto a versão paciente como a versão terapeuta, **cruzadas com os sintomas psiquiátricos mais frequentes (SCL 90)**, tiveram como valores de $p=0,136$ e $p=0,436$, respectivamente, o que não demonstra significado estatístico.

5.6 Análise dos Sintomas Psiquiátricos dos Pacientes em Relação ao Nível de Defesas

Tabela 5 - Sintomas psiquiátricos mais frequentes encontrados nos pacientes utilizando o SCL 90

	Média	Desvio Padrão
Somatização	1,14	0,1153
Obsessivo-Compulsivo	1,45	0,5256
Interpessoal	1,36	0,1690
Depressão	1,67	0,6474
Ansiedade	1,14	0,7451
Hostilidade	0,90	0,9167
Fobia	0,73	0,4499
Ideação paranóide	1,16	0,2939
Psicótico	0,89	0,9662

Considerando os **sintomas psiquiátricos** mais frequentes avaliados nos pacientes (SCL 90), em relação ao **nível de defesas** utilizadas pelos pacientes: maduras (1), intermediárias (2), primitivas (3), a análise estatística ($p=0,966$) não demonstrou resultados significativos.

5.7 Análise da Média Aliança Terapêutica do Paciente em Relação à Média da Aliança Terapêutica do Terapeuta

Na análise, questão por questão, da média dos resultados do HAqII - versão paciente, em relação à média dos resultados do HAqII - versão terapeuta, a maioria das médias por questão, 11 em 19, apresentou resultados estatisticamente significativos ($p<0,05$).

Questão nº 1: $p=0,004$	
Versão paciente: “ <i>Sinto que posso confiar no(na) meu (minha) terapeuta.</i> ”	Versão terapeuta: “ <i>O(A) paciente sente que pode confiar totalmente em mim.</i> ”
Os pacientes sentem que podem confiar totalmente nos terapeutas mais do que os terapeutas sentem que os pacientes podem confiar totalmente neles.	
Questão nº 2: $p=0,001$	
Versão paciente: “ <i>Sinto que meu(minha) terapeuta me entende.</i> ”	Versão terapeuta: “ <i>Ele(Ela) sente que o(a) entendo.</i> ”
Os pacientes sentem que os terapeutas os entendem mais do que os terapeutas pensam que os pacientes sentem que os terapeutas os entendem.	

Questão nº 3: p=0,002	
Versão paciente: <i>“Sinto que meu(minha) terapeuta quer que eu atinja meus objetivos.”</i>	Versão terapeuta: <i>“O(A) paciente sente que quero que ele atinja seus objetivos.”</i>
Os pacientes sentem que os terapeutas querem que eles atinjam seus objetivos mais do que os terapeutas acham que os pacientes sentem que os terapeutas querem que eles atinjam seus objetivos.	
Questão nº 5: p=0,001	
Versão paciente: <i>“Sinto que eu e meu(minha) terapeuta estamos trabalhando num esforço conjunto.”</i>	Versão terapeuta: <i>“O(A) paciente sente que está trabalhando num esforço conjunto comigo.”</i>
Os pacientes sentem que estão trabalhando num esforço conjunto com os terapeutas mais do que os terapeutas pensam que os pacientes sentem que estão trabalhando num esforço conjunto com eles.	
Questão nº 6: p=0,001	
Versão paciente: <i>“Acredito que temos idéias semelhantes sobre a natureza dos meus problemas.”</i>	Versão terapeuta: <i>“Acredito que temos idéias semelhantes a respeito da natureza de seus problemas.”</i>
Os pacientes sentem que eles e os terapeutas têm idéias semelhantes sobre a natureza de seus problemas mais do que os terapeutas pensam que eles e os pacientes sentem que têm idéias semelhantes quanto à natureza dos problemas dos pacientes.	
Questão nº 9: p=0,041	
Versão paciente: <i>“Gosto do meu(minha) terapeuta como pessoa.”</i>	Versão Terapeuta: <i>“O(A) paciente gosta de mim como pessoa.”</i>
Os pacientes gostam dos terapeutas como pessoa mais que os terapeutas acham que os pacientes gostem deles como pessoa.	

Questão nº 11: p=0,066 (tendência)	
Versão paciente: <i>“Meu(Minha) terapeuta se relaciona comigo de uma maneira que prolonga o andamento da terapia.”</i>	Versão terapeuta: <i>“O(A) paciente acredita que me relaciono com ele(ela) de uma maneira que prolonga o andamento da terapia.”</i>
Os pacientes sentem que seus terapeutas se relacionam com eles de uma maneira que prolonga a terapia mais que os terapeutas pensam que os pacientes sentem que se relacionam com eles de uma maneira que prolonga a terapia.	
Questão nº 13: p=0,001	
Versão paciente: <i>“Meu (Minha) terapeuta parece ser experiente em ajudar pessoas.”</i>	Versão terapeuta: <i>“O(A) paciente acredita que sou experiente em ajudar as pessoas.”</i>
Os pacientes sentem que os terapeutas parecem ser experientes em ajudar as pessoas mais que os terapeutas acham que os pacientes acreditam que são experientes em ajudar as pessoas.	
Questão nº 14: p=0,004	
Versão paciente: <i>“Quero muito resolver meus problemas.”</i>	Versão terapeuta: <i>“Quero muito que o(a) paciente resolva seus problemas.”</i>
Os pacientes querem muito resolver seus problemas mais do que os terapeutas querem que os pacientes resolvam seus problemas.	
Questão nº 16: p=0,001	
Versão paciente: <i>“Meu(Minha) terapeuta e eu, às vezes, trocamos informações improdutivas.”</i>	Versão terapeuta: <i>“O(A) paciente e eu, às vezes, trocamos informações improdutivas.”</i>
Os pacientes sentem que eles e o terapeuta, às vezes, trocam informações improdutivas mais que os terapeutas sentem que, às vezes, trocam informações improdutivas com seus pacientes.	
Questão nº 19: p=0,001	
Versão paciente: <i>“Algumas vezes meu(minha) terapeuta me parece distante.”</i>	Versão terapeuta: <i>“Algumas vezes meu(minha) paciente me sente distante.”</i>
Os pacientes sentem seus terapeutas, algumas vezes, distantes mais que os terapeutas pensam que seus pacientes os acham, algumas vezes, distantes.	

6 DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos, **nesta amostra e utilizando os instrumentos relacionados**, mostraram que o objetivo geral da pesquisa, ou seja, a hipótese de que pacientes que utilizam mecanismos de defesas em nível maduro fossem capazes de desenvolver uma aliança terapêutica mais forte do que aqueles que utilizam mecanismos de defesa em nível mais primitivo, não foi confirmada.

Os achados levam a considerar outras como: se o treinamento recebido pelos terapeutas possa ter levado ao desenvolvimento de uma capacidade qualificada de interação com seus pacientes independente do diagnóstico, da sintomatologia e dos níveis dos mecanismos de defesa? Ou o fato de se tratar de terapeutas jovens, em início de carreira os fazem investir na AT com maior disposição? Ou o instrumento não foi suficientemente sensível para captar esta diferença na presente amostra? Trata-se de hipóteses para outros trabalhos de pesquisas.

Uma outra possibilidade bastante importante a ser considerada é que o estabelecimento de uma AT forte não dependa do nível dos mecanismos de defesa usados e, sim, do tipo de relação transferencial estabelecida e da necessidade do paciente e a disponibilidade do terapeuta.

Malan⁴⁷ (1963), em sua pesquisa pioneira sobre psicoterapia breve dinâmica evidenciou que o “entusiasmo” dos terapeutas jovens, era o fato mais importante para a

obtenção de resultados positivos. É possível que algo semelhante possa ter ocorrido nesta amostra, no que se refere à AT, talvez estimulado pelo fato de que se tratava de um grupo que participava de um trabalho de pesquisa e isto, poderia aumentar seu interesse e motivação.

Despland⁴⁶ (2001), em sua pesquisa a respeito dos mecanismos de defesa e das intervenções do terapeuta para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica precoce, refere que a aliança desenvolve-se rapidamente, em torno da terceira sessão, independentemente das intervenções ou das defesas do paciente. Entretanto, o ajustamento das intervenções do terapeuta ao nível dos mecanismos de defesa do paciente, podem influenciar em tornar uma aliança pior em uma aliança melhor. O ajustamento das intervenções terapêuticas ao nível defensivo dos pacientes, é um fato promissor no desenvolvimento da aliança terapêutica.

Hersoug⁴⁵ (2002), em seu trabalho da relação de mecanismos de defesa e qualidade da aliança terapêutica, em um estudo multicêntrico, demonstra que as defesas não influenciam nem a qualidade da aliança terapêutica nem as melhoras em psicoterapia breve dinâmica. Relata que os sintomas cedem no início da terapia e as defesas podem mudar ao longo do tratamento.

Ackerman⁴⁴ (2003), relata em sua pesquisa sobre como as características do terapeuta e sua técnica podem influenciar positivamente na aliança terapêutica. Neste trabalho, ressalta alguma característica do terapeuta como; flexibilidade, respeito, honestidade, confiabilidade, confiança, calor humano, interesse e tolerância podem contribuir positivamente para a aliança. Técnicas do terapeuta como exploração, reflexão, valorização de resultados, interpretações acuradas, facilitar a expressão dos afetos e valorizar a experiência do paciente, também contribuíram positivamente na aliança.

Marcolino³⁶ (2003), em seu trabalho, refere-se a achados positivos de que a melhor

qualidade de uma AT, influencia em melhores resultados, na diminuição da sintomatologia, dos pacientes em um programa de psicoterapia breve, porém, não faz a relação com o nível dos mecanismos de defesa e, sim, com a sintomatologia. Esta pesquisa demonstrou que pacientes com escores mais altos na medida da aliança no início do tratamento, apresentaram melhores resultados para depressão. Pacientes com melhores resultados na escala da aliança terapêutica também tiveram mudanças significativas na melhora de seus sintomas.

Também quanto ao número de sessões semanais, se uma ou duas vezes por semana, não apresentou diferença estatisticamente significativa quanto à qualidade da AT. Pensamos que talvez por tratar-se de Psicoterapia de Orientação Analítica, nas quais os aspectos transferenciais não são estimulados mas, sim, compreendidos e levados em consideração, o contato semanal, independente, se uma ou duas sessões, possa ser suficiente para manter em bom nível a AT.

Quanto ao tempo de tratamento, se menor ou maior que 6 meses, apareceram resultados significativos, tanto em relação à AT desenvolvida pelos pacientes ($p=0,016$) como uma tendência na qualidade da AT dos terapeutas ($p=0,053$), o que se compreende da necessidade de tempo para confirmar ou corrigir as fantasias transferenciais e contratransferenciais e conseqüentemente influir na qualidade da AT.

Em relação ao sexo do paciente e do terapeuta, fazendo a análise de todas as correlações, todos os resultados foram sem significado estatístico, com a exceção de que os pacientes homens desenvolveram uma AT com melhor qualidade em comparação às pacientes mulheres, com resultado estatisticamente significativo.

Sabe-se que um maior número de mulheres do que homens procuram atendimento médico e psicoterápico. Em nosso ambulatório, Schestatsky et al.⁴⁸ (1997), demonstraram de uma proporção praticamente de três mulheres para um homem que procuram nosso

serviço de ambulatório.

Pode acontecer que os pacientes homens, que procuram em menor número atendimento psicoterápico quando o fazem, o sofrimento psíquico estaria em níveis muito intensos, insuportáveis, o que poderia explicar o fato de investirem com maior disposição no estabelecimento de uma AT do que as pacientes mulheres. Ou será que os homens desta amostra vencendo uma resistência relacionada ao gênero e suas características poderiam ter apresentado maior motivação e maiores resultados na AT?

Quanto a não haver resultados significativamente estatísticos na relação entre o sexo dos pacientes e terapeutas nos surpreenderam de alguma forma pois, na literatura psicanalítica contemporânea, existem trabalhos recentes, Meissner²⁷ (p. 107-110), demonstrando a valorização da diferença de gênero na psicanálise e nas psicoterapias de orientação analítica,

Porém, o que nos chamou a atenção com maior ênfase, foi quanto aos resultados de algumas questões do instrumento HAqII, que serve para medir a qualidade da AT, os quais demonstraram como estatisticamente significativas às diferenças entre a qualidade da AT desenvolvida pelos pacientes em relação a seus terapeutas e o inverso, isto é, a qualidade da AT desenvolvida pelos terapeutas em relação a seus pacientes.

Das 19 questões do **instrumento HAqII aplicado em nossa amostra** de 37 pares, terapeutas-pacientes, as médias das 11 questões apresentaram resultados significativos, nas quais a qualidade da AT dos pacientes em relação à de seus terapeutas é significativamente maior do que a qualidade da AT dos terapeutas em relação a seus pacientes. Como vemos, trata-se da média da maioria das questões que compõem o instrumento, indicando uma assimetria de qualidade na AT estabelecida entre os terapeutas e seus pacientes.

Este fato nos leva a pensar nestas questões de uma relação “assimétrica” estabelecida na relação, na qual o paciente “investiria mais catexias” do que o terapeuta,

provavelmente originada de uma maior necessidade deste em virtude de seu sofrimento e seu desejo de alívio e de resolução de seus problemas. Do outro lado o terapeuta que, por mais que invista afetivamente na relação, só consegue imaginar o sofrimento do paciente e de suas necessidades, não “sentindo o que o paciente sente”, mantém-se menos envolvido na relação.

Poderíamos também inferir que esta menor qualidade da AT do terapeuta em relação ao seu paciente, como disse Freud³⁵, possa ser consequência de uma necessidade inconsciente para mantê-lo um pouco mais afastado, no sentido de contaminar-se menos com o sofrimento do paciente, para poder manter seu pensar “asséptico” e desta maneira utilizar plenamente sua capacidade psicoterápica.

Porém, outros autores como Etchegoyen (citado por Cordioli et al.²⁰), referem-se à AT como simétrica e que a assimetria ocorreria na relação transferencial. Estes resultados não poderiam ser uma evidência de aspectos diferentes do mesmo fato? Ou seja, que seria impossível separar de maneira estanque a AT da transferência e contratransferência?

Há uma pesquisa psicanalítica recente, no último IJPA (Leutzinger-Bohleber et al.⁴⁹, 2003), que evidenciou as diferenças na avaliação do *follow-up*, entre analistas e pacientes. Estes tendem a reportar melhores resultados obtidos do que aqueles, que reportam insucessos terapêuticos em casos que os pacientes descrevem como tendo atingido seus objetivos.

Esta é outra evidência da assimetria que pode ser relacionada também a possíveis temores dos terapeutas de maior envolvimento emocional, dificuldade por estarem numa etapa inicial da formação e possível confusão teórica e clínica pelo fato de estarem sendo expostos a diferentes técnicas clínicas e psicoterápicas, no seu curso ou residência de psiquiatria.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora todos os casos desta amostra tenham sido avaliados conforme os critérios preconizados, atualmente (Cordioli²⁰), a questão seria se todos eles teriam indicação de psicoterapia de orientação analítica. Outro fator seria o fato de que os residentes e cursistas utilizam várias técnicas de psicoterapia, tanto de orientação analítica como de apoio e cognitiva. Poderiam os resultados serem consequência do efeito destas várias técnicas?

Quanto ao número de duplas consideravelmente pequeno, 37, um n maior modificaria os resultados?

Quanto ao diagnóstico, um paciente deprimido poderia estimular respostas ligadas à posição cognitiva decorrente da depressão?

O fato dos pacientes serem examinados por terapeutas diferentes, em idades, sexo, experiência, características pessoais, como refere Meissner²⁷, poderiam alterar significativamente as características da aliança terapêutica?

A não existência de um manual preconizado de psicoterapia de orientação analítica poderia provocar diferenças significativas quanto a uniformidade dos padrões de procedimentos. Embora Luborsky (citado por Marcolino³⁶, 2003), enfatize que em psicoterapia de orientação analítica, o uso de um manual poderia estreitar o planejamento da psicoterapia, e que realmente o maior agente para uma psicoterapia efetiva é a personalidade do terapeuta, particularmente na criação de uma relação afetiva e suportiva

capaz de adaptar-se às necessidades dos pacientes e indo ao encontro da variabilidade e complexidade da relação terapêutica.

8 CONCLUSÕES

No início deste trabalho foram referidas as dificuldades da existência de métodos de pesquisa em psicoterapia de orientação analítica, com instrumentos quantitativos para avaliar emoções. A utilização do HAqII pode, dentro de suas limitações, ter proporcionado um exercício neste sentido, porém, o desenvolvimento de novos instrumentos para pesquisa nesta área do conhecimento, só acontecerá como produto dos já consagrados.

Um dos fatores que também deve ser levado em consideração nestes resultados, é o número de casos em estudo. Fica o questionamento se uma amostra maior poderia alterar os resultados obtidos, o que certamente só poderá ser respondido em futuros estudos.

Ficaram questionamentos quanto à influência do gênero, da frequência das sessões e da experiência dos terapeutas que não puderam ser aprofundadas neste estudo.

Destacaram-se como resultados de maior impacto, em primeiro lugar que, as evidências deste estudo demonstraram não haver uma correlação significativa entre os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes e a capacidade de ser estabelecida, predominantemente, uma AT de boa qualidade e em segundo lugar, a existência de uma assimetria na qualidade da AT dos pacientes em relação à qualidade da AT dos terapeutas.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., v. XII, 1976.
2. STERBA, R. F. The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 115, p.117-126, 1934.
3. BORDIN, E. Research strategies in psychotherapy. New York: John Wiley, 1974.
4. LUBORSKY, L. Helping alliances in psychotherapy, psychotherapy research and clinical research. *American Psychological Association*, Washington D.C., 1976.
5. LUBORSKY, L. et al. Psychological health sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 61, n. 4, p. 542-548, 1993.
6. PIPER, W. E. et al. Transference interpretation, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, v. 48, n. 10, p. 946-953, 1991.
7. PIPER, W. E. et al. Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 179, n. 7, p. 432-438, 1991.
8. HORVATH, A. O.; GASTON, L.; LUBORSKY, L. The therapeutic alliance and its measures. In: MILLER, N. et al. *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. New York: Basic Books, p. 247-273, 1993.
9. MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Tradução de: Dayse Batista.
10. FREUD, S. O inconsciente (1915). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., v. XIV, 1974.
11. ETCHEGOYEN, R. H. Aliança terapêutica. Tradução Cícero G. Fernandes. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, cap. 18,19,20, p. 125-142, 1987. Tradução de: Fundamentos da técnica psicanalítica.

12. GREENSON, R. R.; WEXLER, M. A relação não transferencial na situação psicanalítica. In: GREENSON, R. R. *Investigação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1969.
13. KLEIN, M. Fundamentos psicológicos da análise infantil (1926). In: _____. *Psicanálise da Criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.
14. ZETZEL, E. R. Current concepts of transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, v. 37, p. 369-376, 1956a.
15. FREUD, S. A psicoterapia da histeria (1893). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., v. II, 1974.
16. STRACHEY, J. The nature of therapeutic action of psychoanalysis. *Int. J of Psychoanalysis*, v. 15, p. 125-59, 1934.
17. BIBRING, G. L. et al. Psychological processes in pregnancy: earlies mother-child relations. *Psychoanalytic Study of the Child*, v. 16, p. 9-72, 1961.
18. GREENSON, R. R.; HAVENS, L. I. The therapeutic alliance contemporary meanings and confusions. *Int. Rev. Psycho-Anal*, v. 6, p. 467-81, 1979.
19. MELTZER, D. O processo psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1978.
20. CORDIOLI, A.V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
21. HEIMANN, P. On countertransference. *Int. Journal Psycho-Anal.*, v. XXXI, partes I e II, p. 81-84, 1954.
22. MACKIE, A. J. Attachment theory: its relevance to the therapeutic alliance. *Brit. J. of Med. Psychol.*, v. 54, p. 203-12, 1981.
23. DICKES, R. Technical considerations of the therapeutic and working alliance. *Int. J. of Psychoanal. Psychother.*, v. 4, p. 1-24, 1975.
24. KAPLAN, H. I. *Psicoterapias*. In: _____. *Compêndio de psiquiatria*, Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 32, p. 773, 1997.
25. HAUSNER, R. S. The therapeutic and working alliances. *Int. J. of the Am. Psychoan. Assoc.*, v. 48, n. 1, 2000.
26. GREENSON, R. R. *A técnica e a prática da psicanálise* (1967), Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1981.
27. MEISSNER, W.W. *The therapeutic alliance*. New Haven: Yale University Press, 1996.
28. FREUD, S. Conferência XXVII - Transferência (1917). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., v. XVI, p. 503, 1976.
29. FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. Um estudo autobiográfico (1925). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de

- Janeiro: Imago Editora Ltda., v. XX, p. 13-17, 1976.
30. FREUD, A. O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: Ed. Civ. Brasileira, 1982.
 31. FENICHEL, O. Teoria psicanalítica das neuroses (1932). Tradução Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro-São Paulo: Livraria Atheneu, 1981. Tradução de: Os mecanismos de defesa.
 32. FADIMAN, J.; FRAGER, R. Teorias da personalidade, São Paulo: Harbra, 1980.
 33. VAILLANT, G. E. Adaptation to life. USA: Harvard University Press, 2001.
 34. LUBORSKY, L. et al. The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II): psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v. 5, n. 3, p. 260-271, 1996.
 35. FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar - Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II (1914). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., v. XII, p. 191-193, 1976.
 36. MARCOLINO, J. A.; IACOPONI, E. O impacto inicial da aliança terapêutica em psicoterapia psicodinâmica breve. *Revista Bras. Psiq.*, v. 25, n. 2, junho/2003.
 37. EIZIRIK, C. L.; SCHESTATSKY, S.; AGUIAR, R. Psicoterapia de orientação analítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
 38. GABBARD, G. O. Psiquiatria psicodinâmica, Porto Alegre: Artes Médicas, 2^a ed., 1998.
 39. KIPPER, L. C. Avaliação de mecanismos de defesa em pacientes com transtorno de pânico, sua relação com gravidade, resposta ao tratamento e alteração pós-tratamento. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, FAMED, UFRGS, junho/2003.
 40. LUBORSKY, L. A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, v. 10, n. 1, p. 17-29, 2000.
 41. BARBER, J. P. et al. Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, v. 9, n. 1, p. 54-73, 1999.
 42. DEROGATIS, L. R.; LIPMAN, R. S.; COVI, L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, V. 9, p. 13-28, 1973.
 43. SCHAUBENBURG, H.; STRACK, M. Measuring psychotherapeutic change with the symptom checklist SCL 90. *R. Psychother Psychosom*, v. 68, p. 199-206, 1999.
 44. ACKERMAN, S. J.; HILSENROTH, M. J. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, v. 23, n. 1, p. 1-33, Feb/2003.
 45. HERSOUG, A. G.; SEXTON, H. C.; HOGLEND, P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, v. 56, n. 4, p. 539-554, 2002.

46. DESPLAND, J. N. et al. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v. 10, n. 3, p. 155-164, 2001.
47. MALAN, D. H. A study of brief psychotherapy. Oxford, England: Charles C. Thomas, 1963.
48. SCHESTATSKY, S. et al. Psicoterapia de orientação analítica em saúde pública. Características da prática e perfil dos pacientes do Ambulatório de Psiquiatria do HCPA- 1997. [Aceito para publicação na *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre].
49. LEUTZINGER-BOHLEBER M. How to study the “quality of psychoanalytic treatments”. *Int J Psychoanal*, v. 84, p. 263-290, 2003.

ARTIGO

**A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança
terapêutica em psicoterapia de orientação analítica**

Título:**A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica***

The relation between defense mechanisms and the quality of therapeutic alliance in analytic psychotherapy

Autores:**Fernando Grilo Gomes^a, Luciana Terra^b, Simone Hauck^c e Lucia Helena Ceitlin^d**

^a Psiquiatra, Psicanalista, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal – FAMED UFRGS.

^b Psicóloga, mestranda em Psiquiatria pela UFRGS

^c Psiquiatra, Mestre em Psiquiatria pela UFRGS, Médica contratada do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

^d Psiquiatra, Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal – FAMED – UFRGS e do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professora Orientadora do Pós-Graduação de Clínica Médica: Psiquiatria da UFRGS.

Local de Realização: Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço da Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Psiquiatria. Rua Ramiro Barcelos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco. CEP 900035-903. Fone: 21018294.

Autor responsável pela correspondência: Prof. Fernando Grilo Gomes

Endereço: Prof. Fernando Grillo Gomes

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Psiquiatria.

Rua Ramiro Barcelos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco.

CEP 900035-903.

E-mail: gomes.nho@terra.com.br

Fone: (51) 21018294

* Estudo referente ao mestrado do Dr. Fernando Gomes, realizado no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resumo

Introdução: O estabelecimento de uma aliança terapêutica de boa qualidade em uma psicoterapia psicanalítica é fundamental para o processo terapêutico. Este estudo avaliou a influência do nível de funcionamento defensivo do paciente na qualidade da aliança terapêutica estabelecida durante a psicoterapia.

Método: Pacientes em psicoterapia psicanalítica e seus respectivos terapeutas responderam ao Helping Alliance Questionary (HAQ II). Os sintomas dos pacientes foram avaliados através do Symptom Checklist-90-R (SCL 90), e seu o nível defensivo através da Escala de Funcionamento Defensivo do DSM-IV-TR.

Resultados: Não houve associação entre o estabelecimento de uma aliança terapêutica de boa qualidade e o nível defensivo do paciente. No entanto houve diferença significativa quando a versão do terapeuta foi comparada com a respondida pelo paciente: os pacientes estabeleceram uma aliança terapêutica de melhor qualidade em relação a seus terapeutas do que o inverso.

Discussão: O fato da aliança terapêutica de boa qualidade ter se estabelecido independentemente do nível defensivo do paciente sugere que o treinamento e as características pessoais dos terapeutas podem levar a uma capacidade de conectar-se com o paciente, apesar do grau de comprometimento do seu funcionamento psíquico.

Descritores: Psicoterapia, Psicanálise, Mecanismos de Defesa, Aliança Terapêutica.

Abstract

Background: The establishment of a therapeutic alliance of good quality in analytic psychotherapy is crucial for the process and results. This study evaluated the relationship between level of defense mechanisms and the quality of the therapeutic alliance established during the psychotherapy.

Methods: Patients in psychotherapy and their respective therapists answered the Helping Alliance Questionnaire (HAQ II – patient version and HAQ II therapist version respectively). The symptoms were assessed by means of SCL-90, and the level of defenses through the Defensive Style Questionnaire of DSM-IV-TR.

Results: There were no association between the quality of the therapeutic alliance and the patient level of defense mechanisms in this sample. On the other hand, it was found a significant difference when the HAQII answered by patients and therapist versions were compared: patients established a stronger therapeutic alliance in relation to their therapists.

Discussion: The independence of levels of defense mechanisms used by the patients in relation to the quality of the established therapeutic alliance leads to the idea that training and personal characteristics of the therapists may lead to the development of an ability to connect well with patients in spite of their psychic functioning.

Key-words: Psychotherapy, Psychoanalysis, Defense Mechanisms, Therapeutic Alliance

INTRODUÇÃO

A psicoterapia psicanalítica (PSCPA) é uma modalidade de tratamento psicológico que se baseia na teoria e na técnica da psicanálise, utilizando-se do conceito de inconsciente postulado por Freud¹, da associação livre, da compreensão dos sonhos, do humor e dos atos falhos para entender e dar um significado aos conflitos inconscientes.

No entanto, enquanto a psicanálise caracteriza-se pelo uso do divã, por uma maior frequência de sessões (3 a 5 sessões por semana) e pelo uso freqüente da interpretação transferencial com o objetivo de desenvolver a “neurose de transferência”, a PSCPA. Embora considerando o padrão transferencial/contratransferencial no entendimento do paciente e na elaboração das interpretações, utiliza-se predominantemente de interpretações extra-transferenciais, e uma frequência menor de sessões (uma a duas por semana), além de não fazer uso do divã.

Ao longo dos anos, diversos estudos vêm tentando definir os fatores que estariam associados a um melhor desfecho em PSCPA, com o intuito de melhorar a indicação desse tipo de tratamento e aprimorar a técnica²⁻⁶. Dentre os aspectos que vêm sendo ressaltados como bons indicadores de prognóstico, a Aliança Terapêutica (AT), primeiramente delineada por Freud⁷ em 1912 como transferência positiva, parece ter papel central^{2, 8}.

Define-se AT como uma relação positiva e estável entre terapeuta e paciente, que permite levar a cabo uma psicoterapia de orientação analítica. Segundo Melanie Klein⁹, essa aliança origina-se, a partir das relações precoces de objeto, sendo necessária para sua construção pelo menos uma experiência na qual foi possível interagir com outra pessoa de modo saudável, como, por exemplo, uma relação afetiva e “continente” do bebê com seu cuidador (comumente citada como relação mãe-bebê).

Marcolino¹⁰ constatou que uma melhor qualidade da AT esteve associada a melhores resultados e a um grau maior de diminuição da sintomatologia em pacientes de um programa de psicoterapia breve.

Kaplan¹¹ sugere que nenhuma análise pode avançar sem o estabelecimento de uma boa AT, sendo necessário, para o seu estabelecimento, a existência dentro da mente do paciente de uma parte capaz de se manter livre de conflitos e racional, que se distancie a fim de reconhecer a natureza irracional de outra parte de sua mente que inconscientemente repete os conflitos psíquicos.

Um dos aspectos freqüentemente mencionados como determinante da qualidade da AT é a personalidade do paciente, que, dentre outros aspectos, manifesta-se através do padrão defensivo do mesmo. Fadiman¹² argumenta que os mecanismos de defesa são um conjunto de operações que permite reduzir ou suprimir estímulos que possam causar desprazer, tentando, assim, manter o equilíbrio do aparelho psíquico. O uso de mecanismos de defesa está presente em todas as pessoas e é vital para o funcionamento psíquico. O que define uma melhor ou pior capacidade adaptativa é a natureza, a intensidade e a freqüência do uso de mecanismos de defesa mais, ou menos maduros.

Embora exista, a priori, uma hipótese teórica de que o uso de mecanismos de defesa mais maduros facilitaria o estabelecimento da AT, alguns estudos, como um estudo multicêntrico realizado por Hersoug¹³ que investigou a associação entre os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente e a qualidade da AT, demonstraram que o padrão defensivo não influenciou nem a qualidade da AT, nem a melhora em psicoterapia breve dinâmica, concluindo que os sintomas cedem no início da terapia e que as defesas podem mudar ao longo do tratamento.

O presente estudo busca investigar a relação entre a capacidade do paciente em estabelecer uma AT (conforme a percepção do próprio paciente e do seu terapeuta) e o nível dos mecanismos de defesa inconscientes utilizados pelo paciente durante o

tratamento em uma amostra de pacientes atendidos no Programa de Psicoterapia Psicanalítica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

MÉTODO

O delineamento do estudo foi transversal, sendo a amostra selecionada por conveniência: foram convidados a participar os pacientes que estavam realizando psicoterapia psicanalítica no Ambulatório de Psicoterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de realização do estudo e seus terapeutas (residentes do Serviço de Psiquiatria do HCPA e alunos do Curso de Especialização em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal - FAMED - UFRGS do 2º e 3º ano).

Os pacientes são encaminhados para o Programa de Psicoterapia por outros ambulatórios do HCPA, inclusive o ambulatório de triagem, que recebe os pacientes encaminhados da rede municipal de saúde de atendimento primário, quando há uma possível indicação de tratamento em psicoterapia de orientação analítica. A indicação desta psicoterapia é confirmada pelo terapeuta com auxílio de seu supervisor e leva em consideração critérios como a existência de um foco de trabalho, capacidade de pensar psicologicamente, motivação para realização de psicoterapia, nível de adaptação prévio, entre outros.

Os pacientes foram alocados para os terapeutas de forma aleatória de acordo com a ordem de chegada no ambulatório e disponibilidade de horários.

Todos os terapeutas realizaram as seguintes atividades de supervisão com frequência semanal durante a realização do estudo: uma hora de supervisão individual com psicoterapeuta experiente (> 15 anos de experiência em psicoterapia psicanalítica), uma hora de supervisão em grupo de 80 minutos, na qual um paciente era entrevistado por um dos supervisores sendo o caso discutido, logo a seguir, quanto ao diagnóstico e planejamento terapêutico.

Exceto a indicação de psicoterapia de orientação analítica, não houve critérios de exclusão. Todos os pacientes que participaram do estudo e seus respectivos terapeutas

assinaram consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética do HCPA.

Para avaliar os mecanismos de defesa, utilizou-se a Escala de Funcionamento Defensivo do DSM IV-TR, em que o terapeuta deve escolher, pontuando de forma hierárquica, os sete mecanismos de defesa usados com maior frequência dentre os 25 listados. O funcionamento defensivo do paciente é classificado, posteriormente, em um dos seguintes níveis: alto nível adaptativo, nível de inibições mentais (formação de compromisso), nível de leve distorção da imagem, nível da negação, nível de importante distorção da imagem, nível da ação e nível da desregulação defensiva. Um glossário padronizado é utilizado para homogeneizar a conceitualização de cada um dos mecanismos de defesa, bem como dos diferentes níveis defensivos¹⁴. Estes sete níveis foram posteriormente agrupados em níveis de defesas maduras (nível 1), intermediárias (nível 2) e imaturas ou primitivas (nível 3).

Os sintomas dos pacientes foram avaliados pelo terapeuta através do Symptom Checklist-90-R (SCL 90), um questionário com noventa questões auto-respondidas.²⁸ Esta escala é utilizada como um instrumento de uma visão rápida, como uma medida para alta de terapias ou nível da psicopatologia e também como uma quantificação da psicopatologia atual.

O diagnóstico utilizado foi o registrado no prontuário dos pacientes, utilizando os critérios do DSM-IV-TR¹⁵. O diagnóstico foi realizado pelos terapeutas, com a supervisão dos respectivos preceptores, a partir das entrevistas clínicas de avaliação diagnóstica e indicação terapêutica.

A Aliança Terapêutica foi avaliada pelo instrumento Helping Alliance Questionary (HAq II)¹⁵, versão do paciente e do terapeuta, elaborado por Luborsky et al em 1996, que consiste em um questionário auto-respondido que contém 19 itens que avaliam, em uma escala tipo *Likert* (1 a 6), dimensões essenciais do relacionamento paciente-terapeuta, tais como sentimentos de compreensão, confiança, interesse, objetivos comuns e desejo de

progresso.

A análise estatística foi realizada através do SPSS 13.0 com o auxílio do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA. Os grupos foram comparados através do teste “t” de *Student e* o teste exato de Fisher, enquanto as correlações foram investigadas através dos testes de Pearson e Spearman.

RESULTADOS

A **amostra** foi composta por **37 duplas** (pacientes/terapeutas), sendo que em 3 das 40 duplas que realizaram Psicoterapia de Orientação Analítica no Ambulatório do Serviço Psiquiatria de Adultos do HCPA no período da pesquisa os pacientes não concordaram em participar do estudo.

A **composição da amostra de pacientes** ficou assim caracterizada: a maioria eram mulheres (27), a média de idade foi 38 anos (DP=13) e todos eram alfabetizados. Em relação à situação conjugal, 45,9% eram casados, 35,1% solteiros e 18,9% separados.

A **composição da amostra de terapeutas** foi assim constituída: os terapeutas envolvidos no estudo foram em número de doze residentes (Residência em Psiquiatria do HCPA) ou cursistas (Curso de Especialização em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal - FAMED - UFRGS), estando seis no segundo ano de formação e seis no terceiro ano, resultando em um mínimo de um ano e meio de formação psiquiátrica. Sete terapeutas eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Como os terapeutas atenderam mais de um paciente durante o período, deduz-se que cada terapeuta participou de mais de uma dupla.

Considerando o **nível defensivo dos pacientes**, 11 deles utilizavam predominantemente defesas do nível 1 ou grupo de defesas maduras, 15 pacientes do nível 2 ou grupo de defesas intermediárias e 11 pacientes do nível 3 ou grupo das defesas primitivas.

O **diagnóstico**, segundo DSM-IV-TR, foi realizado a partir de entrevista clínica e discutido em supervisão, estando descrita a frequência de diagnósticos nos EIXOS I (TABELA I) e EIXO II (TABELA 2).

Quanto à **frequência de sessões**, a maioria dos pacientes (59.5%) realizava duas sessões semanais, ao passo que 40.5% realizavam uma sessão semanal.

Na **análise da percepção pelos pacientes de aliança** forte ou fraca conforme número de sessões semanais (1 ou 2) não houve diferença significativa ($p=0.266$).

O mesmo foi demonstrado para os escores totais na escala **versão terapeuta** ($p=0.897$). Desta forma, a percepção da qualidade da aliança terapêutica forte ou fraca pelos pacientes e terapeutas foi independente do número de sessões semanais.

Em relação ao **tempo de terapia**, vinte e cinco pacientes (67.5%) estavam em terapia há mais de seis meses. Estar em psicoterapia há mais de 6 meses esteve associado a uma percepção maior de aliança forte ($p= 0.016$), indicando que quanto maior o tempo de terapia melhor foi considerada a AT pelos pacientes. Na análise da percepção dos terapeutas houve uma tendência de um resultado semelhante ($p=0.053$).

Houve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0.001$) em relação à qualidade da **AT desenvolvida por pacientes de sexos diferentes em relação a seus terapeutas**, sendo que os pacientes homens estabeleceram uma aliança mais forte do que a referida pelas pacientes mulheres.

Quando considerado o escore total da **AT estabelecida pelo terapeuta em relação ao sexo do paciente**, não houve diferença significativa ($p=0.50$).

Quando investigada a **associação entre a qualidade da AT (HAqII), versão paciente e versão terapeuta, e os sintomas psiquiátricos** mais frequentes (SCL 90) não houve associação significativa ($P=0.136$ e $P=0.436$, respectivamente).

Considerando os **sintomas psiquiátricos mais frequentes avaliados nos pacientes (SCL 90) e o nível de defesas utilizadas** pelos pacientes (maduras-1, intermediárias-2, primitivas-3), a análise estatística ($p=0.966$) não demonstrou resultados significativos.

Tanto na análise da relação entre os **níveis de mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes e a qualidade da AT percebida pelos mesmos** ($P= 0,797$), quanto entre

os **níveis de mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes e a qualidade da AT percebida pelos terapeutas** ($P= 0,925$) não houve diferença estatisticamente significativa nessa amostra, de acordo com resultados encontrados por outros pesquisadores¹⁶. A ausência de significância se manteve, mesmo quando as dimensões da escala Helping Alliance Questionary (HAq II) foram consideradas separadamente.

Também observou-se que a **percepção da AT pelo paciente foi significativamente mais “forte” (escores maiores) do que pelo terapeuta**, sendo esse achado significativo em 11 das 19 questões da HAqII, quando analisadas em separado.

DISCUSSÃO

A ausência de associação entre o padrão defensivo do paciente e a formação da aliança terapêutica poderia sugerir que essa variável está de fato mais relacionada a fatores ditos “inespecíficos”, reforçando a importância dos fatores relacionados ao terapeuta em relação aos fatores determinantes de prognóstico em psicoterapia psicanalítica¹⁷⁻²¹.

Esses achados também apontam para a consideração de outras hipóteses: será possível que o treinamento recebido pelos terapeutas possa ter levado ao desenvolvimento de uma capacidade qualificada de interação com seus pacientes independentemente do diagnóstico, da sintomatologia e dos níveis dos mecanismos de defesa?

Despland²², em sua pesquisa a respeito dos mecanismos de defesa e das intervenções do terapeuta no desenvolvimento de uma aliança terapêutica precoce, refere que a aliança desenvolve-se rapidamente, em torno da terceira sessão, independentemente das intervenções ou das defesas do paciente. Entretanto, o ajustamento das intervenções do terapeuta ao nível dos mecanismos de defesa do paciente poderia melhorar a qualidade da AT. O ajustamento das intervenções terapêuticas parece ser de fato, um fator promotor do desenvolvimento da AT.

Por outro lado, Ackerman²³ demonstrou, em sua pesquisa sobre a influência das características do terapeuta e de sua técnica no desenvolvimento da AT, que algumas características do terapeuta como flexibilidade, respeito, honestidade, confiabilidade, confiança, calor humano, interesse e tolerância contribuíram positivamente para a formação da AT. Além disto, o uso de técnicas de exploração, reflexão, valorização de resultados, interpretações acuradas, facilitação da expressão dos afetos e valorização da experiência do paciente, também contribuíram positivamente na aliança.

Outro ponto a ser considerado é o fato dos pacientes serem examinados por terapeutas com características específicas (com idades, sexo, experiência e características pessoais diversas), o que poderia comprometer tanto a validade interna (pelas diferenças entre eles) como a validade externa por se tratar de terapeutas jovens.

Poderia o fato de se tratar de terapeutas jovens, em início de carreira, propiciar um maior investimento na AT e uma maior disposição? Malan²⁴ em sua pesquisa pioneira sobre psicoterapia breve dinâmica evidenciou que o “entusiasmo” dos terapeutas jovens era o fato mais importante para a obtenção de resultados positivos.

Poderíamos considerar várias limitações no presente estudo. Embora todos os casos tenham sido avaliados de forma subjetiva conforme os critérios referidos por Cordioli²⁵ e discutidos com os supervisores, não é possível afirmar com certeza absoluta se todos os pacientes teriam de fato indicação de psicoterapia psicanalítica.

Outro fator a ser considerado é especificidade da técnica utilizada pelos terapeutas: são de fato técnicas de Psicoterapia de Orientação Analítica ou existe também o uso de técnicas cognitivas ou de apoio com uma compreensão analítica, apesar da supervisão sistemática? Poderiam os resultados encontrados ter sofrido influência destas variáveis?

Também o número de duplas envolvidas nessa amostra pode ser considerado pequeno, mesmo considerando a magnitude dos resultados e concordância com outros estudos, o que poderia levar a uma limitação da validade externa por um aumento da chance de erro tipo beta.

A não existência de um manual de psicoterapia psicanalítica poderia resultar em um comprometimento da uniformidade do procedimento, no entanto, vale lembrar que Luborski^{26, 27} ressaltou que, em psicoterapia psicanalítica, o uso de um manual e de parâmetros muito rígidos poderia estreitar o planejamento da psicoterapia e que realmente deve-se considerar que um dos maiores agentes para a efetividade de uma psicoterapia é a personalidade do terapeuta.

É possível que o estabelecimento de um AT de melhor qualidade não dependa exclusivamente do nível dos mecanismos de defesa usados e sim do tipo de relação transferencial estabelecida, da necessidade do paciente e da disponibilidade do terapeuta, apontando a necessidade de estudos que considerem essas variáveis na investigação dos fatores promotores de uma AT de qualidade.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo demonstraram não haver uma correlação significativa entre os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes e a capacidade de estabelecer uma AT de boa qualidade, confirmando achados de outros estudos que sugerem ser os fatores ditos “inespecíficos” mais importantes, inclusive, que as características do paciente e a técnica utilizada¹⁷⁻²¹. Surge, então, a partir dessa hipótese, a necessidade (e o desafio) de elaborar instrumentos e metodologias de pesquisa que viabilizem a caracterização e a investigação do real impacto de tais fatores.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Lester Luborsky pela gentileza de autorizar o uso do instrumento HaqII, aos residentes e cursistas em psiquiatria que participaram deste trabalho e aos Professores Doutor Cláudio Laks Eizirik e a Doutora Psicóloga Maria Lúcia Tillet Nunes por sua ajuda e colaboração com seus comentários valiosos.

BIBLIOGRAFIA

1. Freud S. O Inconsciente Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda; 1915.
2. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance Predicts Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(6):1027-32.
3. Ceitlin LHF, Wiethaeuper D, Goldfeld P. Pesquisa de resultados em Psicoterapia de Orientação Analítica: Efeitos das variáveis do terapeuta. *Revista brasileira de psicoterapia* 2003;5(1):81-95.
4. Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who will benefit from psychotherapy? , . New York; 1988.
5. Nathan PE, Stuart SP, Dolan SL. Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis. *Psychological Bulletin* 2000;126(6):964-81.
6. Valbak K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:164-78.
7. Freud S. A dinâmica da transferência (1912). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda; 1976.
8. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(3):438-50.
9. Klein M. Fundamentos psicológicos da análise infantil (1926). In: *Psicanálise da Criança*. São Paulo: Mestre Jou; 1981.
10. Marcolino J, Iacononi E. O Impacto inicial da aliança terapêutica em psicoterapia psicodinâmica breve. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003;25(2).
11. Kaplan HI. *Psicoterapias*. In. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997:773.
12. Fadiman J. *Teorias da Personalidade*: Harbra; 1980.
13. Hersoug A, Sexton H, Hoglend P. *American Journal of Psychotherapy* 2002;56(4):539-54.
14. American Psychiatric Association. Eixo proposto para estudos adicionais: Escala de Funcionamento Defensivo In: *DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2002:754-9.
15. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Hersoug A, Sexton H, Hoglend P. *American Journal of Psychotherapy*, 2002;56(4):539-54.
17. Berzins JI. Therapist-patient matching. In: Gurman AS, Razin AM, eds. *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Elmsford, NY: Pergamon; 1977):222-51.
18. Beutler LE, Machado PPP, Neufeldt S. Therapist variables. In: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: John Wiley & Sons; 1994:259-69.
19. Gelso CJ, Mills DH, Spiegel SB. Client and therapist factors influencing the outcomes of time-limited counseling one month and eighteen months after treatment. In: Gelso CJ, Johnson DH, eds. *Explorations in time limited counseling and psychotherapy* New York: Teachers College Press; 1983:87-114.
20. Hayes. JA. The inner world of the psychotherapist: a program of research on countertransference. *Psychotherapy Research* 2004;14(1):21-36.
21. Kelly TA, Strpp HH. Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, conversion, similarity, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60:34-40.

22. Despland J, Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry J. Journal of Psychotherapy Practice and Research 2001;10(3):155-64.
23. Ackerman S, Hilsenroth M. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clinical Psychology Review 2003;23(1):1-33.
24. Malan D. A Study of brief psychotherapy. London: Tavistock Clinic; 1963.
25. Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
26. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry 1985;42:602-11.
27. Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, et al. Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. Archives of General Psychiatry 1980;37:471-81.

Tabela 1 - Diagnósticos em Eixo I

Diagnósticos	Frequência	Porcentagem
Sem diagnóstico	9	24,3
Abuso/abstinência de álcool	1	2,7
T. Ans. Generalizada/Depressão	1	2,7
T. Bipolar/Anorexia Nervosa	1	2,7
T. Depressivo Maior	10	27,0
T. Depressivo Moderado	2	5,4
T. Distímico	1	2,7
T. Afetivo Bipolar em Remissão	3	8,1
Síndrome de Ansiedade	1	2,7
T. Ansiedade Generalizada	1	2,7
T. Pânico com Agorafobia	1	2,7
T. Afetivo Bipolar 1	1	2,7
T. Afetivo Bipolar 2	1	2,7
T. Afetivo Bipolar 3	1	2,7
T. Obsessivo Compulsivo	2	5,4
T. Pânico	1	2,7
Total	37	100,0

Tabela 2 - Diagnósticos em Eixo II

Diagnósticos	Frequência	Porcentagem
Sem diagnóstico	15	40,5
T. Personalidade Depressiva	2	5,4
T. Personalidade Evitativa/Fóbica	1	2,7
T. Personalidade Histriônica	5	13,5
Luto Patológico	1	2,7
T. Personalidade Obsessiva	2	5,4
T. Personalidade Dependente	1	2,7
T. Personalidade Esquizóide	1	2,7
Traços Histriônicos	2	5,4
Traços Narcisistas	3	8,1
Traços Histriônicos/Masoquistas	1	2,7
Traços Histriônicos/Obsessivos	1	2,7
Traços Obsessivos	2	5,4
Total	37	100,0

ANEXOS

ANEXO 1**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO****Informações sobre o terapeuta:**

1. Idade:.....anos
2. Sexo: (1) masculino (2) feminino
3. Semestre.....e ano.....da Residência ou Curso de Especialização

Informações sobre o paciente:

4. Idade:.....anos
5. Sexo: (1) masculino (2) feminino
6. Situação conjugal: (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado
7. Profissão:.....
8. Escolaridade: (1) analfabeto (2)anos de estudo
9. Diagnóstico: Eixo I:.....
Eixo II:.....
10. Tempo de Psicoterapia:
11. Frequência da Psicoterapia:..... por semana

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (PACIENTE)

O objetivo desta pesquisa é de avaliar como se desenvolve a relação do paciente com seu terapeuta, quais os fatores que intervêm nesta relação e as influências no resultado do tratamento.

Para atingirmos nosso objetivo faz-se necessário o preenchimento de questionários para a avaliação dos itens acima referidos. São em número de 4 (quatro), além de uma entrevista com um pesquisador treinado, que envolverá perguntas sobre a sua vida. Todos estes questionários serão aplicados por profissionais treinados para este fim, ao redor da 4ª (quarta) sessão após o início do tratamento.

Eu,, fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo usadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, sem prejuízo de meu atendimento.

O(a) pesquisador(a), certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial, e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,de.....de.....

Assinatura do paciente:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Contato com o coordenador da Pesquisa: Dr. Fernando Grilo Gomes
Departamento de Psiquiatria – 4º Norte
Fone: 3316-8413

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (TERAPEUTA)

O objetivo desta pesquisa é de avaliar como se desenvolve a relação do paciente com seu terapeuta, quais os fatores que intervêm nesta relação e as influências no resultado do tratamento.

Para atingirmos nosso objetivo faz-se necessário o preenchimento de questionários para a avaliação dos itens acima referidos. Todos estes questionários, serão aplicados por profissionais treinados para este fim.

Eu,, fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo usadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

O(a) pesquisador(a), certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial, e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,de.....de.....

Assinatura do terapeuta:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Contato com o coordenador da Pesquisa: Dr. Fernando Grilo Gomes
Departamento de Psiquiatria – 4º Norte
Fone: 3316-8413

ANEXO 4

HAq II (VERSÃO DO PACIENTE)

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

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

ANEXO 5

HAq II
(VERSÃO DO TERAPEUTA)

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

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

ANEXO 6

MECANISMOS DE DEFESA – DSM IV

Assinale as características identificadas no paciente durante a psicoterapia:

- 1. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos canalizando sentimentos ou impulsos potencialmente mal-adaptativos para um comportamento socialmente aceitável, por exemplo, esportes de contato para canalizar impulsos agressivos.
- 2. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos sentindo ou agindo como se fosse detentor de poderes ou capacidades especiais e como se fosse superior aos outros.
- 3. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros.
- 4. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente a outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis.
- 5. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos evitando deliberadamente pensar em problemas, desejos, sentimentos ou experiências perturbadoras.
- 6. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas.
- 7. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos transferindo um sentimento ou uma resposta concernente a um objeto para outro objeto substituto (habitualmente menos ameaçador)
- 8. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante o uso excessivo do pensamento abstrato ou de generalizações, para controlar ou minimizar sentimentos perturbadores.
- 9. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a separação entre as idéias e os sentimentos originalmente associados a eles. O indivíduo perde o contato com os sentimentos associados com determinada idéia, por ex., um acontecimento traumático, permanecendo consciente dos elementos cognitivos desta.
- 10. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos refletindo sobre seus próprios pensamentos, sentimentos, motivações e comportamento e dando respostas adequadas.
- 11. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos substituindo seus próprios pensamentos ou sentimentos inaceitáveis por um comportamento, pensamentos ou sentimentos diametralmente opostos (isto em geral ocorre junto com a repressão destes).
- 12. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expelindo da consciência desejos, pensamentos ou experiências perturbadoras. O componente emocional pode permanecer consciente, separado de suas idéias associadas.
- 13. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a experiência antecipada de reações emocionais ou antecipação das conseqüências de possíveis eventos futuros, considerando respostas ou soluções alternativas e realistas.
- 14. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expressando seus sentimentos e pensamentos diretamente, de um modo não coercitivo ou manipulador.

- () 15. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos salientando os aspectos divertidos ou irônicos do conflito ou estressor.
- () 16. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente a outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis. A diferença da projeção simples é que o indivíduo não rejeita completamente o que é projetado. Ao invés disso, ele permanece consciente de seus próprios afetos ou impulsos, só que os qualifica incorretamente como reações justas à outra pessoa. Não raro, o indivíduo induz em outros os próprios sentimentos que inicialmente acreditava, de forma errônea, existirem neles, tornando difícil esclarecer quem fez o que, a quem primeiro.
- () 17. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou de outros, em imagens coerentes. Uma vez que afetos ambivalentes não podem ser vivenciados simultaneamente, as imagens e expectativas mais equilibradas de si próprio e dos outros são excluídas da experiência consciente. As imagens de si próprio e dos objetos tendem a alternar-se entre opostos polarizados: exclusivamente amoroso, poderoso, digno, gentil e apoiador ou exclusivamente mau, detestável, colérico, destrutivo, rechaçante ou indigno.
- () 18. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos fazendo queixas ou repetidos pedidos de ajuda, que disfarçam sentimentos velados de hostilidade ou reprovação aos outros, os quais então são expressos mediante a rejeição das sugestões, conselhos ou ajuda oferecidos pelos outros. As queixas ou solicitações podem envolver sintomas físicos ou psicológicos ou problemas da vida.
- () 19. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos com uma ruptura nas funções habitualmente integradas de consciência, memória, percepção de si mesmo ou do ambiente ou comportamento sensorial/motor.
- () 20. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo a outros, qualidades positivas exageradas.
- () 21. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamento, destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis.
- () 22. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos encobrendo as verdadeiras motivações para seus próprios pensamentos, ações ou sentimentos, através da elaboração de explicações confortadoras ou satisfatórias, porém, incorretas.
- () 23. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos, voltando-se para outros em busca de ajuda e amparo. Isso envolve o compartilhar de problemas com outras pessoas mas não implica responsabilizar a outrem por eles.
- () 24. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos recusando-se a reconhecer algum aspecto doloroso da realidade externa ou da experiência subjetiva que seria visível aos outros. O termo negação psicótica é usado quando existe amplo prejuízo no teste de realidade.
- () 25. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos pela ação, ao invés de reflexões ou sentimentos. Esta definição é mais ampla do que o conceito original de atuação transferencial de sentimentos ou desejos durante a psicoterapia e visa incluir o comportamento que surge tanto dentro, quanto fora da relação transferencial. A atuação defensiva não é sinônimo de “mau comportamento”, porque exige evidências de que o comportamento está relacionado a conflitos emocionais.
- () 26. O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a dedicação em satisfazer as necessidades de outros. A diferença do auto-sacrifício, por vezes característico da formação reativa, o indivíduo recebe gratificação substitutiva ou a partir da resposta dos outros.

FORMULÁRIO PARA REGISTRO
ESCALA DE FUNCIONAMENTO DEFENSIVO

A. Defesas ou formas de manejo atuais:

Relacione por ordem, começando pelas defesas ou formas de manejo mais proeminentes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

B. Nível de defesa atualmente predominante:

ANEXO 7

SCL 90

Abaixo está uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes têm. Por favor, leia cada frase cuidadosamente e circule o número que melhor descreve o quanto você está preocupado com aquele problema na última semana. Por favor, escolha apenas em número para ser circulado em cada frase.

NA ÚLTIMA SEMANA O QUANTO VOCÊ SE PREOCUPOU COM:

0 - Nem um pouco 1 - Um pouquinho 2 - Moderadamente 3 - Bastante 4 - Extremamente

1) Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2) Nervosismo ou tremores internos	0	1	2	3	4
3) Pensamentos não desejados, palavras ou idéias que não deixaram a sua mente	0	1	2	3	4
4) Desmaios e tonturas	0	1	2	3	4
5) Perda do interesse sexual ou prazer	0	1	2	3	4
6) Sentimento de ser criticado pelos outros	0	1	2	3	4
7) Idéias de que outra pessoa pode controlar sua mente	0	1	2	3	4
8) Sentimento de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
9) Dificuldade em lembrar coisas	0	1	2	3	4
10) Preocupado com desleixo, com sujeira	0	1	2	3	4
11) Sentir-se facilmente chateado ou irritado	0	1	2	3	4
12) Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
13) Sentir medo em espaços abertos ou na rua	0	1	2	3	4
14) Sentir-se sem energia ou lento	0	1	2	3	4
15) Pensamentos de terminar com sua vida	0	1	2	3	4
16) Ouvir palavras que os outros não ouvem	0	1	2	3	4
17) Tremores	0	1	2	3	4
18) Sentimento de que a maioria das pessoas não é confiável	0	1	2	3	4
19) Pouco apetite	0	1	2	3	4
20) Choro fácil	0	1	2	3	4
21) Sentir-se tímido ou desconfortável na presença de alguém do sexo oposto.	0	1	2	3	4
22) Sentimento de ter sido pego ou caldo em uma armadilha	0	1	2	3	4
23) Sentir medo sem motivo e repentinamente	0	1	2	3	4
24) Ataques de "nervos" Que você não pode controlar	0	1	2	3	4
25) Sentir medo de sair da sua própria casa sozinho	0	1	2	3	4
26) Culpar-se a si mesmo pelas coisas	0	1	2	3	4
27) Dores nas costas	0	1	2	3	4
28) Sentir muita dificuldade para realizar as coisas	0	1	2	3	4
29) Sentir-se só	0	1	2	3	4
30) Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31) Preocupar-se muito pelas coisas	0	1	2	3	4
32) Perder o interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
33) Sentir-se temeroso	0	1	2	3	4
34) Ter seus sentimentos facilmente feridos	0	1	2	3	4
35) Outras pessoas saberem de seus pensamentos íntimos	0	1	2	3	4
36) Sentir que os outros não entendem ou não são solidários	0	1	2	3	4
37) Sentir que as pessoas não são amigáveis ou não gostam de você	0	1	2	3	4
38) Ter que fazer as coisas muito lentamente para ter certeza de estarem corretas	0	1	2	3	4
39) Sentir o coração "disparando"	0	1	2	3	4
40) Náuseas ou dores de estômago	0	1	2	3	4
41) Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
42) Dores musculares	0	1	2	3	4

43) Sentir-se observado ou sentir que os outros falam sobre você	0	1	2	3	4
44) Dificuldades em pegar no sono	0	1	2	3	4
45) Ter que chocar uma ou várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
46) Dificuldades em tomar decisões	0	1	2	3	4
47) Sentir medo de andar de ônibus, metro ou trem	0	1	2	3	4
48) Dificuldade com a respiração	0	1	2	3	4
49) Calorões ou calafrios	0	1	2	3	4
50) Ter que evitar algumas coisas, locais ou atividades porque elas o amedrontam	0	1	2	3	4
51) Sentir um vazio na cabeça	0	1	2	3	4
52) Dormências ou formigamentos em partes do corpo	0	1	2	3	4
53) Uma bola na garganta	0	1	2	3	4
54) Sentir-se desesperançado sobre o futuro	0	1	2	3	4
55) Dificuldade de se concentrar	0	1	2	3	4
56) Sentir-se fraco em certas partes do seu corpo	0	1	2	3	4
57) Sentir-se tenso ou ligado	0	1	2	3	4
58) Sentir suas pernas ou braços pesados	0	1	2	3	4
59) Pensamentos sobre morte ou sobre morrer	0	1	2	3	4
60) Comer excessivamente	0	1	2	3	4
61) Sentir-se desconfortável quando as pessoas estão olhando ou falando sobre você	0	1	2	3	4
62) Ter pensamentos que não são seus	0	1	2	3	4
63) Sentir o ímpeto de bater ou machucar alguém	0	1	2	3	4
64) Acordar muito cedo pela manhã	0	1	2	3	4
65) Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar, lavar	0	1	2	3	4
66) Ter um sono que não é repousante ou que é perturbado	0	1	2	3	4
67) Ter o ímpeto de quebrar ou amassar coisas	0	1	2	3	4
68) Ter idéias ou crenças com as quais os outros não compartilham	0	1	2	3	4
69) Sentir-se autoconfiante com os outros	0	1	2	3	4
70) Sentir-se desconfortável com multidões como shopping ou no cinema	0	1	2	3	4
71) Sentir que tudo é um esforço	0	1	2	3	4
72) Calafrios de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73) Sentir-se desconfortável ao comer ou beber em público	0	1	2	3	4
74) Meter-se em discussões frequentes	0	1	2	3	4
75) Sentir-se nervoso quando é deixado só	0	1	2	3	4
76) Sentir que os outros não dão crédito as suas conquistas	0	1	2	3	4
77) Sentir-se só mesmo quando está com outras pessoas	0	1	2	3	4
78) Sentir-se tão inquieto que não consegue ficar parado com sentimentos de inutilidade	0	1	2	3	4
80) Sentir que coisas habituais são estranhas ou irrealis	0	1	2	3	4
81) Gritar ou atirar coisas	0	1	2	3	4
82) Temer desmaiar em público	0	1	2	3	4
83) Sentir que os outros vão tirar vantagem sobre você, se você permitir	0	1	2	3	4
84) Ter pensamentos sobre sexo que estão incomodando você	0	1	2	3	4
85) Pensamentos de que você deveria ser punido	0	1	2	3	4
86) Sentir-se pressionado para fazer as coisas	0	1	2	3	4
87) Pensamentos de que há algo de errado com o seu corpo	0	1	2	3	4
88) Nunca se sentir próximo à outra pessoa	0	1	2	3	4
89) Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
90) Pensamentos de que há algo errado com sua mente	0	1	2	3	4