

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa – Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterapêuticas

Patricia Dotta
Bolsista CAPES

Rupturas da Aliança Terapêutica: ilustração clínica de um sistema de avaliação e análise
de um caso de abandono em psicoterapia

Orientadora:
Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

São Leopoldo, março de 2019

PATRICIA DOTTA

Rupturas da Aliança Terapêutica: ilustração clínica de um sistema de avaliação e análise
de um caso de abandono em psicoterapia

Dissertação apresentada como exigência
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica pelo
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade do Vale do
Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora
Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

São Leopoldo, março de 2019

D725r

Dotta, Patrícia.

Rupturas da aliança terapêutica : ilustração clínica de um sistema de avaliação e análise de um caso de abandono em psicoterapia / Patrícia Dotta. – 2019.

102 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.

“Orientador: Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta.”

1. Aliança terapêutica. 2. Rupturas da aliança. 3. Transtorno de personalidade Borderline. 4. Psicoterapia. 5. Pesquisa de processos. I. Título.

CDU 159.9

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

AGRADECIMENTOS

Ao **paciente** que participou do estudo, pela disponibilidade em ceder sua imagem com a gravação da consulta e seu tempo dispendido, contribuindo para a ciência e principalmente para meu aprendizado pessoal e profissional;

À **Doutora Professora Eugénia Ribeiro** (Universidade do Ninho\Portugal), por ter aceito o convite para participar da banca de qualificação da dissertação, ter acompanhado a construção do estudo fornecendo orientações, supervisões via e-mail e Skype.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos**, pelos diversos aprendizados, vínculos estabelecidos, durante nas disciplinas e ao longo do curso do Mestrado de Psicologia Clínica, que possibilitaram meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Ao **Grupo de Estudos em Psicoterapia e Psicoterapia (LAEPSI)** pelo apoio e considerações valiosas ao meu trabalho, **em especial aos meus colegas do grupo LAEPSI** Eduarda Barcellos Duarte e Luan Paris Feijó, pelas trocas de experiência, suporte, auxílio e orientação na construção e desenvolvimento dessa dissertação. E aos alunos de graduação de Psicologia e iniciação científica do grupo de pesquisa que auxiliaram nas transcrições e codificações. Em especial ao Heitor Holland por ter sido meu braço direito na parte técnica da pesquisa.

À minha orientadora **Professora Doutora Fernanda Barcellos Serralta** pelos ensinamentos, paciência, generosidade, disponibilidade, incentivo, estímulo e confiança no meu potencial;

À **banca**, composta pelas professoras doutoras Eugénia Ribeiro, Vera Ramires, e Camila Piva da Costa pelas contribuições à dissertação.

À **CAPES**, pelo financiamento do mestrado,

Muito obrigada!

*“Enquanto eu tiver perguntas e não
houver respostas... continuarei a
escrever.”*

Clarice Lispector

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Ocorrência médias de marcadores das subcategorias das rupturas identificados nas 15 sessões do tratamento.....	64
Tabela 2 - Impacto médio de cada subcategoria das rupturas da AT ao longo das 15 sessões do tratamento.....	65
Tabela 3 - Impacto médio das rupturas da AT ao longo das 15 sessões do tratamento	66
Tabela 4 - Itens mais característicos da sessão 12 ^a sessão	67
Tabela 5 - Itens mais característicos da sessão 13 ^a sessão	68
Tabela 6 - Itens mais característicos da sessão 14 ^a sessão	69
Figura 1. Indicadores de rupturas na AT.....	24
Figura 2. Subcategorias das rupturas da AT	25
Figura 3. Estratégias de Resoluções das rupturas AT	30
Figura 4. Número de marcadores de ruptura identificados.	63

Lista de Abreviaturas e Siglas

3R's	Rupture Resolution Rating System
APA	American Psychiatric Association
AT	Aliança Terapêutica
DSM V	Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
LAEPSI	Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia
NCCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
PP	Psicoterapia Psicanalítica
PQS	Psychotherapy Process Q-Set
SWAP- 200	Shedler-Westen Assessment Procedure
TPB	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
WAI	Working Alliance Inventory

SUMÁRIO

Resumo	9
Abstract	10
Apresentação da Dissertação	11
Artigo I – O sistema 3R’s para avaliação de rupturas e resoluções da Aliança Terapêutica: perspectivas para a pesquisa e prática clínica	17
Resumo	17
Abstract	18
Introdução	19
O Processo de Avaliação das Rupturas e Estratégias de Reparações da AT por meio do 3R’s	23
Contribuições de Pesquisa e Prática Clínica em Psicoterapia	33
Conclusão	38
Referências	40
II - Rupturas da Aliança Terapêutica: Um estudo de caso malsucedido em psicoterapia psicanalítica com paciente <i>borderline</i>	46
Resumo	46
Abstract	47
Introdução	48
Método	53
O caso em estudo	53
Instrumentos.....	54
Procedimentos éticos.....	56
Procedimentos de coleta e análise dos dados	57
Resultados	61
Discussão	70
Conclusão.....	78
Referências	81
Considerações Finais	91
Referências da Dissertação	94

Rupturas da Aliança Terapêutica: ilustração clínica de um sistema de avaliação e análise de um caso de abandono em psicoterapia

Resumo

A aliança terapêutica (AT) é um fator comum das psicoterapias e um preditor de resultado positivo de tratamentos. Através da investigação de processos (ao longo do tratamento) e de microprocesso (análise pormenorizada das sessões) se pode compreender quais elementos fortalecem e/ou enfraquecem a AT. As rupturas da AT são caracterizadas por uma falta de colaboração, e situações de tensão ou colapso no relacionamento terapêutico. A presente dissertação de mestrado introduz no Brasil a avaliação e identificação das rupturas da AT, que leva em conta a natureza dinâmica microprocessual, específica, e detalhada das oscilações da AT durante o tratamento e/ou uma sessão, através do sistema do *Rupture Resolution Rating System - 3R's*. O 3R's identifica a ocorrência das rupturas, em segmentos da sessão e oferece uma categorização global das rupturas da sessão, e de cada marcador encontrado. O sistema permite a avaliação do grau de impacto global das rupturas ao longo do tratamento, em cada sessão, e é utilizado para avaliação de estratégias de resolução destas rupturas. A dissertação está organizada em dois artigos, sendo um teórico e outro empírico. O primeiro artigo descreve como funciona este sistema de codificação da AT e discute as suas implicações clínicas e de pesquisa, ilustrando sua aplicação com vinhetas de um caso de abandono em psicoterapia psicanalítica (PP), que é alvo do estudo empírico. As contribuições deste instrumento para a pesquisa e prática clínica são discutidas. O artigo empírico aplica a o sistema 3R's para identificação das rupturas e impacto destas sobre a AT em conjunto com o *Psychotherapy Process Q-Set (PQS)*, instrumento que descreve o processo terapêutico global. O objetivo do estudo foi explorar os processos de ruptura da AT em um caso interrompido de PP de um paciente com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*. O processo se caracterizou por múltiplas faltas e atrasos. De modo geral, se observou uma predominância de rupturas de evitação, caracterizada pelo aumento da frequência a partir da 5ª sessão e posterior diminuição destas nas sessões finais (11ª e 15ª). As sessões que antecedam o abandono do tratamento (11ª, 12ª e 13ª), foram marcadas pela menor frequência de rupturas, e apresentaram impacto moderado na AT. A terapeuta contribuiu para a ocorrência das rupturas, principalmente nas sessões 5ª, 6ª e 9ª, sessões que apresentaram um maior número de rupturas do tratamento. Em conjunto, estes fatores parecem ter relação com o abandono. Para melhor compreensão do caso, é necessária a avaliação das estratégias de resolução utilizadas pela terapeuta. O sistema 3R's deverá futuramente ser utilizado para examinar o microprocesso da AT em outros casos semelhantes e em estudos comparativos de casos com distintos diagnósticos, abordagens e desfechos.

Palavras-chave: Aliança Terapêutica; Aliança de trabalho; Relacionamento terapêutico; Rupturas da Aliança; Transtorno de Personalidade *Borderline*; Psicoterapia; Pesquisa de processos.

**Alliance Ruptures: clinical illustration of a system of evaluation and analysis of a
case of abandonment in psychotherapy**

Abstract

The therapeutic alliance (TA) is a common factor of psychotherapies and a predictor of positive outcome of treatments. Through investigation of processes (along the treatment) and of microprocesses (detailed analysis of the sessions) one can understand which elements strengthen and / or weaken TA. The alliance ruptures are characterized by a lack of collaboration, and situations of tension or collapse in the therapeutic relationship. This dissertation introduces in Brazil the evaluation and identification of alliance ruptures, which takes into account the specific, detailed, and microprocessional dynamic nature of alliance oscillations during treatment and / or a session through the Rupture Resolution Rating system System - 3R's. The 3R's identifies the occurrence of ruptures, in session segments, and offers a global categorization of session ruptures, and of each rupture marker. The system allows the evaluation of the degree of global impact of ruptures throughout the treatment, in each session, and the strategies for the resolution of these ruptures. The dissertation is organized in two papers, one being theoretical and the other empirical. The first paper describes how this coding system works and discusses its clinical and research implications, illustrating its application with vignettes of a case of dropout in psychoanalytic psychotherapy (PP), which is the subject of the empirical study. The contributions of this instrument to clinical research and practice are discussed. The empirical paper applies the 3R's for identifying ruptures and their impact on TA in conjunction with the Psychotherapy Process Q-Set (PQS), an instrument that describes the overall therapeutic process. The aim of the study was to explore the processes of TA rupture in an interrupted case of PP of a patient with a diagnosis of Borderline Personality Disorder. The process was characterized by multiple missed sessions and delays. In general, a predominance of withdrawal ruptures was observed, characterized by an increase in frequency from the 5th session and subsequent decrease in the final sessions (11th and 15th). The sessions that preceded treatment dropout (11th, 12th and 13th) were marked by the lower frequency of ruptures and had a moderate impact on TA. The therapist contributed to the occurrence of ruptures, especially in the 5th, 6th and 9th sessions, which presented a greater number of treatment ruptures. Taken together, these factors seem to be related to dropout. To better understand the case it is necessary to evaluate the resolution strategies used by the therapist. In future, the 3R's system should be used to examine the microprocess of TA in other similar cases and in comparative case studies with different diagnoses, approaches and outcomes.

Keywords: Therapeutic alliance; Working alliance; Therapeutic relationships; Alliance rupture; *Borderline* Personality Disorder; Psychotherapy; Process research.

Apresentação da Dissertação

A presente dissertação “Rupturas da Aliança Terapêutica: ilustração clínica de um sistema de avaliação e análise de um caso de abandono em psicoterapia” faz parte de um estudo maior intitulado “As disfunções da personalidade e seus efeitos no processo e resultado de Psicoterapia Psicanalítica”, coordenado pela Professora Dra. Fernanda Barcellos Serralta. O projeto está inserido na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, que se organiza em torno de projetos de investigação do sofrimento psicológico de indivíduos adultos, suas manifestações e possibilidades de intervenção psicoterápica, considerando tanto estudos de processos terapêuticos como de resultados dessas intervenções.

A dissertação é oriunda do desejo de ampliar conhecimentos sobre os processos de mudança em psicoterapia, isto é, sobre como e por que as psicoterapias psicanalíticas funcionam. Neste contexto, acredita-se ser relevante também entender o que ocorre em processos malsucedidos, neste caso definido como abandono precoce. Uma das linhas de processos volta-se para a investigação da mudança em psicoterapia como resultado de movimentos interativos entre paciente e terapeuta, incorporando eventos de relacionamento (Bucci, 2007). A Aliança Terapêutica (AT) integra uma das variáveis centrais de relacionamento terapêutico, variáveis estas que desafiam constantemente os terapeutas no estabelecimento e manutenção do trabalho clínico frente a momentos de maior ameaça de ruptura ou abandono a um tratamento (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018).

O abandono precoce do tratamento é um problema em qualquer psicoterapia, uma vez que uma pequena parcela dos pacientes que buscam auxílio psicológico de fato chega

a concluir seu tratamento (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2015). Assim, observa-se uma defasagem entre a necessidade de ajuda psicológica e os benefícios recebidos com a psicoterapia, demonstrando um importante obstáculo para um serviço efetivo em saúde mental (Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Apesar da grande quantidade de pesquisas sobre o abandono em psicoterapia destacando fatores associados ao desfecho negativo (Cooper & Conklin, 2015; Sharf, Primavera, & Diener, 2010; Swift & Greenberg, 2012), o problema da adesão dos pacientes às psicoterapias persiste e constitui um desafio aos terapeutas. Destaca-se nesta dissertação a relevância do desenvolvimento de pesquisas em psicoterapia com foco no microprocesso terapêutico, tendo em vista que medidas mais específicas podem contribuir e esclarecer quais comportamentos são indicadores de abandono de tratamento.

Segundo uma metanálise, empreendida por Cooper e Conklin, (2015) a prevalência de abandono em psicoterapia de diferentes abordagens (Cognitiva Comportamental e Psicanalítica), é de quase 20%, isto é, um em cada cinco pacientes irão abandonar suas terapias (Swift & Greenberg, 2012). A variabilidade das taxas é alta, podendo variar de 15% a 75% (Arnou et al., 2007; Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007; Roos & Werbart, 2013) dependendo do critério de abandono utilizado, da modalidade de psicoterapia, do diagnóstico dos pacientes, da qualidade da aliança terapêutica entre outros fatores.

Os estudos demonstram que dentre os fatores associados ao abandono em psicoterapia, estão as características dos pacientes (Swift & Greenberg, 2014), e dos aspectos terapeutas (Ackerman & Hilsenroth, 2003). No entanto, parece haver uma importante linha de raciocínio indicando que a relação entre a díade terapêutica é um fator determinante para o abandono da psicoterapia (Flückiger, Wampold, & Horvath, 2018; Roos & Werbart, 2013; Safran, Muran, & Eubanks, 2011)

Um estudo nacional mostrou que 28,6% dos pacientes que abandonaram a psicoterapia possuíam algum transtorno de personalidade, e destes 14,3% apresentam o Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) (Hauck et al., 2007). A relação entre transtornos da personalidade e adesão e/ou abandono da psicoterapia é bastante consistente. Os estudos demonstram que as taxas de abandono de pacientes com TPB apresentam uma variação entre 10% a 39% (Armbrust, & Kliem, 2013; Koons et al., 2001; Kröger, Harbeck; Linehan et al., 2007; Linehan et al., 2002; McMMain et al., 2009). Esses pacientes tipicamente apresentam dificuldades associadas à doença, tais como: aspectos narcisistas, comportamentos impulsivos e agressivos, abuso de substâncias, tentativa de suicídio, dificuldade de mentalização, difusão da personalidade e dificuldades de relacionamento (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1991; Sadikaj, Russell, Moskowitz, & Paris, 2010) que podem produzir reações emocionais intensas no terapeuta e, conseqüentemente, dificultar o trabalho terapêutico (Daly, Llewelyn, McDougall, & Chanen, 2010; Richardson-Vejlgaard, Broudy, Brodsky, Fertuck, & Stanley, 2013).

Um dos objetivos iniciais da psicoterapia, principalmente com pacientes com TPB, é a manutenção e estabelecimento da AT (Levy et al., 2006; Safran et al., 2011). A AT se refere a uma colaboração consciente e ativa entre paciente e terapeuta que inclui o estabelecimento de vínculos, e o acordo a respeito de objetivos e tarefas (Bordin, 1979). Esta tem sido considerada um aspecto essencial de qualquer modalidade de psicoterapia.

A primeira geração de pesquisas sobre AT compreende a AT como um fenômeno da fase inicial do tratamento, cujo objetivo consiste em promover o vínculo entre paciente e terapeuta (Hibbs, 2001) e destaca o papel preditivo da AT inicial sobre os resultados terapêuticos, em diferentes grupos diagnósticos e modalidades de psicoterapia (Horvath, Del Re, Symonds, & Flückiger, 2011).

Os fatores associados à qualidade do relacionamento ganharam forças a partir de estudos como os de Horvath & Luborsky (1993), Sharf et al., (2010), e Horvath, et al., (2011). Embora não pareçam existir dúvidas de que a relação terapêutica é um fator necessário ao sucesso do tratamento, a primeira geração de pesquisa sobre a AT falhou em demonstrar diferenças significativas entre as modalidades de psicoterapia, sendo necessário clarificar como e de que modo ela tem um papel central no processo de mudança (Safran & Muran, 2006). Além disso, mantém-se alguma controvérsia sobre se ela é diretamente responsável pela mudança ou apenas um facilitador da mesma (Horvath, 2006).

Portanto, torna-se importante compreender a natureza desta relação, o que favoreceu o desenvolvimento de uma “segunda geração” de investigação sobre AT, cujo foco é clarificar os fatores que levam ao seu desenvolvimento e os processos envolvidos na sua ruptura (Safran & Muran, 2011). A segunda geração de pesquisa, além definir a AT como uma etapa essencial do início do tratamento, aponta a sua natureza dinâmica, com flutuações e oscilações ao longo de um tratamento, e de uma sessão de psicoterapia. Nesse campo de pesquisa, o estudo sobre o microprocesso em psicoterapia é promissor, já que examina de forma detalhada o que acontece durante uma sessão, identificando quebras no vínculo, e acordos sobre tarefas e objetivos (rupturas da AT) e o modo como estas são resolvidas ou não pela dupla, podendo esses fenômenos serem examinados em relação ao progresso e resultados do tratamento e (Eubanks, Muran, & Safran, 2015; Muran et al., 2009; Safran & Muran, 2000; Safran & Muran, 2006; Safran, Muran, & Proskurov, 2009; Safran, 1993; Safran et al., 2011).

Na literatura de pesquisa em psicoterapia mais ampla, existe uma base empírica robusta que demonstra que pacientes com TPB sejam mais propensos a apresentar rupturas na AT e abandonar precocemente à psicoterapia (McMain, Boritz, & Leybman,

2015; Safran et al., 2009). Isso tem sido entendido em função das disfunções graves da personalidade e do relacionamento interpessoal destes pacientes, que os predisporiam a uma maior resistência em vincular-se de forma positiva com o terapeuta e a apresentar instabilidades na AT (Boritz, Barnhart, Eubanks, & McMain, 2018; Gunderson, 2009; Richardson et al., 2013).

Embora os estudos sobre ruptura da AT estejam em fase de expansão na literatura internacional, há escassos estudos sobre esse tema no Brasil, sendo que nenhum dos estudos existentes utiliza sistemas empiricamente derivados para a análise específica de processo da AT. A ausência, até então, de instrumental para exame do processo da AT no Brasil revela a necessidade de desenvolvimento e adaptação de medidas que possam subsidiar esta linha de pesquisa. Com a recente adaptação do sistema *Rupture Resolution Rating System* (3R's) para o Português do Brasil pela equipe do grupo de pesquisa no Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia - LAEPSI, parte desta lacuna está sanada. Esse sistema busca identificar as rupturas da AT, avaliar o grau de impacto destas nas sessões, apresentar estratégias de resolução das rupturas e medir o grau de resolutividade destas. Além disso, mensura as contribuições do terapeuta para a ocorrência das rupturas.

Esta dissertação introduz os estudos com o sistema 3R's no país e está organizada em dois artigos, sendo um teórico e outro empírico. O artigo I, intitulado "O sistema 3R's para avaliação de rupturas e resoluções da Aliança Terapêutica: perspectivas para a pesquisa e prática clínica" buscou explorar o sistema de identificação 3R's e os impactos das rupturas na AT, descrevendo os seus marcadores e ilustrando a sua aplicação. As contribuições deste instrumento para a pesquisa e prática clínica são discutidas. O artigo II, intitulado "Um estudo de caso de abandono em psicoterapia psicanalítica com paciente *borderline*", utiliza o sistema 3R's para identificação das rupturas e impacto destas sobre

e AT em conjunto com o *Psychotherapy Process Q-Set (PQS)* visando compreender os processos de ruptura da AT no contexto do abandono. Os dois artigos estão apresentados a seguir.

Artigo I – O sistema 3R's para avaliação de rupturas e resoluções da Aliança Terapêutica: perspectivas para a pesquisa e prática clínica

Resumo

As rupturas da aliança terapêutica (AT) são manifestadas pela falta de colaboração em tarefas ou objetivos terapêuticos ou uma tensão no vínculo emocional e dificuldade em negociar aspectos da relação paciente-terapeuta. A identificação das rupturas, o trabalho de reparação destas evita o abandono precoce do tratamento e constitui um aspecto fundamental da atividade terapêutica. *O Rupture Resolution Rating System (3R's)* foi idealizado para identificar rupturas e estratégias de reparação da AT em segmentos de sessões de psicoterapia. Também mensura o grau de impacto que as rupturas exerceram sobre a mesma e a resolutividade das estratégias de reparação. Neste sentido, o sistema vem se mostrando útil para a investigação empírica dos micros processos vinculados a AT, gerando conhecimentos sobre como o relacionamento terapêutico se desenvolve e afeta os resultados das psicoterapias.

Palavras-chave: Aliança; rupturas; estratégias de reparação; rupture resolution rating system(3R's).

**Article I - The 3R's system for the evaluation of ruptures and resolutions of the
Therapeutic Alliance: perspectives for research and clinical practice**

Abstract

The ruptures of the therapeutic alliance are manifested by a lack of collaboration in tasks or therapeutic goals or a tension in the emotional bond and difficulty in negotiating aspects of the patient-therapist relationship. The identification of the ruptures and the repair work of these avoids the early abandonment of the treatment and constitutes a fundamental aspect of the therapeutic activity. The Rupture Resolution Rating System (3R's) was designed to identify ruptures and repair strategies of alliance in segments of psychotherapy sessions. It also measures the degree of impact that disruptions have had on it and the resolution of repair strategies. In this sense, the system has proved to be useful for the empirical investigation of the processes linked to alliance, generating knowledge about how the therapeutic relationship develops and affects the results of psychotherapies.

Keywords: Alliance; ruptures; repair strategies; *rupture resolution rating system(3R's)*.

Introdução

A Aliança Terapêutica (AT) é um fator do relacionamento terapêutico que atualmente tem sido geralmente definida a partir de três dimensões: a) o vínculo terapêutico, que incluiu sentimentos de segurança e apego entre a dupla; b) acordo implícito ou explícito entre paciente e terapeuta sobre os objetivos terapêuticos; e c) acordo implícito ou explícito sobre as tarefas terapêuticas (Bordin, 1979). É, portanto um construto diádico e sua qualidade desta interação depende tanto das características do paciente (Flückiger, Wampold, & Horvath, 2018) como de terapeutas (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Ao longo das últimas décadas, a AT tornou-se um dos constructos mais populares na pesquisa em psicoterapia, tendo em vista as evidências empíricas sobre sua associação com os resultados terapêuticos positivos em diferentes psicoterapias e modalidades clínicas (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Lingiardi, Colli, Gentile, & Tanzilli, 2011). Como a qualidade do relacionamento exerce um efeito importante na mudança em psicoterapia, o desenvolvimento e manutenção da AT é fundamental para que a terapia atinja seus objetivos (Horvath et al., 2011).

A AT foi tradicionalmente estudada no contexto da fase inicial da terapia, já que um dos principais objetivos desta etapa seria o de promover uma atmosfera terapêutica sólida que permitisse o exame dos conflitos emocionais do paciente (Hilsenroth, Cromer, & Ackerman, 2011). De fato, os estudos indicam que uma boa AT inicial é preditor modesto mas, consistente de adesão e sucesso do tratamento (Flückiger, Wampold & Horvath 2018; Horvath et al., 2011).

A perspectiva atual em pesquisa sobre a AT enfatiza que a postura colaborativa é vista como um sinal positivo de aliança para o paciente e terapeuta (Nienhuis et al., 2018;

Zilcha-Mano, 2017b, 2017a) e que a identificação, por parte do terapeuta, das oscilações na qualidade da aliança poder ser uma medida de mudança em psicoterapia (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain 2018).

Nesse contexto emergiu uma segunda geração de pesquisa da aliança, cujo objetivo é esclarecer os fatores que levam ao seu desenvolvimento, bem como os processos envolvidos nas suas rupturas e reparações (Eubanks, Muran, & Safran, 2015; Safran & Muran, 2000; Safran, Muran, & Eubanks, 2011; Safran & Muran, 1996). O pressuposto básico destes pesquisadores é que a AT é um processo que varia em intensidade ao longo do tratamento e, inclusive, ao longo de uma sessão (Safran et al., 2011). Assim, a atual tendência é estudar as variações da AT em relação ao progresso e resultado de tratamento, e não somente o efeito da AT inicial sobre os resultados (Safran & Muran, 2006).

A consideração da AT como fator dinâmico da relação que impacta o processo da psicoterapia aponta para a necessidade de ajudar os terapeutas para formar melhores alianças. Os terapeutas podem apresentar dificuldade em identificar o padrão de funcionamento interpessoal do paciente e não se ocupar-se desse aspecto ao longo do tratamento. As falhas em reconhecer tensões na aliança e sinalizar uma oportunidade perdida de usar essa ruptura como material potencialmente útil em terapia (Safran & Muran, 2000).

Dentre as diversas linhas de pesquisa sobre AT, o estudo sobre suas rupturas é considerado um dos temas mais profícuos e promissores, uma vez que busca compreender de forma detalhada o que acontece durante uma sessão, evidenciando o microprocesso de uma psicoterapia (Safran et al., 2011). Para compreender como a AT pode ser enfraquecida, autores como Safran e Muran e colaboradores (Eubanks et al., 2015; Safran, et al., 2011; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Safran & Muran, 2006; Safran & Muran,

2000) desenvolveram uma linha de estudos sobre as rupturas da AT. Para esses autores, esse fenômeno é inevitável e ocorre em todas as psicoterapias podendo, em alguns casos, obstruir o processo terapêutico (Eubanks et al., 2015).

As rupturas são caracterizadas como uma deterioração na AT manifestada pela falta de colaboração paciente-terapeuta em tarefas ou objetivos ou por uma tensão no vínculo emocional e dificuldade em negociar aspectos da relação terapêutica (Eubanks et al., 2015; Safran & Muran, 2006; Safran et al., 2011). É importante destacar que embora o termo passe a impressão de rompimento definitivo do vínculo, as rupturas podem ser variações sutis do vínculo colaborativo e que, muitas vezes, passam despercebidos pela dupla. Todavia, o terapeuta necessita identificar essas manifestações e intervir para que não culminem, futuramente, no abandono da psicoterapia (Safran et al., 2011).

A evolução do conceito de rupturas e estratégias de reparação da AT, tem como base uma série de pesquisas teóricas e empíricas que buscaram sistematizar e categorizar estes acontecimentos. Em um dos seus primeiros trabalhos, Safran, Crocker, McMair, e Murray (1990) descreveram sete principais marcadores de rupturas e desenvolveram um modelo de reparação de tais marcadores. Os autores destacam a necessidade de pesquisa para compreensão dos subtipos de rupturas e reparações, bem como estudos empíricos de confiabilidade do modelo. Em 1993, padronizaram um modelo de identificação e reparação das rupturas (Safran et al., 1990). Em estudo posterior, testaram empiricamente um modelo de reparação das rupturas (Safran & Muran, 1996).

Na sequência, por meio de outros estudos, a operacionalização dos conceitos e a categorização das rupturas da AT e das estratégias de reparação foram sendo sistematizadas (Safran & Muran, 2000; Safran & Muran, 2006; Safran et al., 2009). Em 2011, Safran e colaboradores realizam uma metanálise que revisou estudos sobre as

rupturas e reparações da AT. Foram extraídos 9 artigos que destacaram a relevância dos processos de reparo da ruptura na aliança para o resultado terapêutico (Safran et al., 2011).

No entanto, foi somente em 2015 que, tendo como base uma sistematização dos diversos estudos desenvolvidos até então, Eubanks e colaboradores (2015) desenvolveram o manual do sistema para avaliação das rupturas e resoluções, o *Rupture Resolution Rating System (3R's)*, no qual apresentam uma definição clara sobre o conceito de rupturas, definem e fornecem indicadores clínicos das suas subcategorias e das estratégias de reparação. O sistema é aplicado por avaliadores externos que examinam segmentos da sessão para identificar e classificar as rupturas e as resoluções. Além disso, o sistema permite a mensuração do grau de impacto das rupturas e o grau de resolutividade das reparações.

No âmbito internacional, atualmente já existe uma base empírica robusta e ampla sobre os processos de ruptura e reparação da AT, destacando as contribuições clínicas e de pesquisa deste campo de conhecimento (Boritz et al., 2018; Gersh et al., 2017; Larsson, Falkenström, Andersson, & Holmqvist, 2016; Locati, Rossi, & Parolin, 2017; Ribeiro, Coutinho, Sousa, & Machado, 2011; Safran et al., 2011). Há também um crescente corpo de evidências indicando que as reparações das rupturas estão associadas positivamente a um bom desfecho da psicoterapia, enquanto que dificuldades em resolver as rupturas podem predizer o abandono (Safran et al., 2011).

Contudo, no Brasil, uma revisão nas principais bases de dados de periódicos nacionais em Psicologia por meio do portal Index-Psi, identificou somente 2 estudos teóricos que abordam linhas de pesquisa sobre AT, dentre elas a da investigação das rupturas (Oliveira & Benetti, 2015; Pieta & Gomes, 2017). Até o presente momento, portanto, na realidade brasileira não existem estudos empíricos, que buscam explorar,

mapear, compreender e identificar como acontecem as rupturas e as resoluções da AT. Tampouco há publicações sobre métodos ou sistemas de avaliação destes fenômenos.

O manual 3R's foi recentemente traduzido pela equipe do Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI) e está sendo utilizado em estudos sobre processo da AT em psicoterapia psicanalítica. Este artigo visa descrever como funciona este sistema e discutir as implicações clínicas e de pesquisa da sua aplicação para a compreensão do processo terapêutico. Para ilustrar a aplicação do 3R's são utilizadas vinhetas de um caso clínico. O caso é de uma psicoterapia psicanalítica de um paciente com diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*. A terapia foi interrompida pela paciente ainda na fase inicial. A codificação com o 3R'S ocorreu no contexto de um estudo que explora o papel das rupturas no abandono do tratamento.

O Processo de Avaliação das Rupturas e Estratégias de Reparações da AT por meio do 3R's

O 3R's (Eubanks et al., 2015) é um manual de observação que busca identificar as rupturas na AT, por meio de observadores externos, e obtém uma classificação do tipo de ruptura e de reparação em uma sessão de psicoterapia. O 3R's apresenta alta confiabilidade, apresentando um coeficiente de 0,85 para rupturas de evitação e 0,92 para rupturas de confrontação, e 0,95 para estratégias de resolução (Eubanks, Lubitz, Muran, & Safran, 2018a)

Ao assistir a sessão de psicoterapia, os avaliadores externos devem estar atentos aos indicadores de diminuição da colaboração entre paciente e terapeuta, discordâncias dos objetivos e tarefas do tratamento. Para identificar as rupturas, deve-se utilizar a gravação das sessões, como ferramenta de captação da comunicação verbal e não-verbal (Eubanks et al., 2015).

A quantificação das rupturas e resoluções da AT pode ser feita de três formas: a) medida global da sessão; b) codificações por turno de fala c) codificação em codificação em segmentos de cinco minutos. Esta última forma é a mais indicada, tendo vista que não é nem muito ampla que não consiga captar mudanças na sessão (como na avaliação global) nem muito segmentada a ponto de não conseguir captar o contexto da ruptura ou resolução (como na codificação por turno de fala) (Eubanks et al., 2015).

Os indicadores de ruptura da AT, podem ser visualizados na Figura 1. Estes refletem a diminuição da colaboração entre paciente e terapeuta.

-
- Paciente e terapeuta não estão trabalhando em conjunto de forma colaborativa e produtiva. Eles não estão "na mesma página";
 - Há tensão, desentendimento ou dificuldade entre o paciente e o terapeuta;
 - Paciente e terapeuta estão desalinhados ou mal ajustados;
 - Paciente e terapeuta parecem distantes um do outro;
 - Paciente e terapeuta estão trabalhando em objetivos opostos;
 - Paciente e terapeuta estão agindo de forma amigável, mas você sente tensão ou desacordo sob a superfície, de modo que esse comportamento amigável parece ser uma pseudo-aliança;
 - Paciente e terapeuta parecem estar presos em um ciclo vicioso ou determinado;
 - Você se sente muito entediado enquanto assiste a uma sessão. Isso pode ser um sinal de que uma ruptura de evitação está ocorrendo e o paciente está evitando falar de sentimentos e preocupações genuínas.
-

Figura 1. Indicadores de rupturas na AT, conforme manual do 3R'S (Eubanks et al., 2015)

Após, identificação da ocorrência do marcador da ruptura da AT, decide-se o tipo de ruptura encontrado: se o paciente se afasta do trabalho terapêutico ou do terapeuta (ruptura de evitação) ou se move contra o terapeuta ou o trabalho terapêutico (ruptura de confrontação). Na figura 2, encontra-se as subcategorias das rupturas de evitação e confrontação:

Rupturas de Evitação	Rupturas de Confrontação
Negação	Queixas/preocupações sobre o terapeuta
Resposta Mínima	Paciente rejeita a intervenção do terapeuta
Comunicação Abstrata	Queixas/preocupações sobre as atividades da terapia

Narrativa de evitação e/ou Mudança de tópico	Queixas/preocupações sobre os parâmetros da terapia
Deferência e apaziguamento	Queixas/preocupações sobre o progresso da terapia
Conteúdo/afeto cindido	Paciente defende-se contra o terapeuta
Autocrítica e/ou desesperança	Esforços para controlar/pressionar o terapeuta

Figura 2. Subcategorias das rupturas da AT, conforme o manual do 3R's (Eubanks et al., 2015)

A evitação ou distanciamento acontece quando o paciente apresenta comportamentos de evitação e afastamento diante do conflito ou uma dificuldade na relação terapêutica. Esse tipo de ruptura é classificada em: 1) Negação (paciente evita o terapeuta e/ou o trabalho terapêutico negando um estado emocional que está manifestadamente evidente); 2) Resposta mínima (paciente evita o terapeuta fazendo silêncio ou respondendo de forma mínima as perguntas que se destinam a iniciar ou continuar uma discussão); 3) Comunicação abstrata (o paciente evita o trabalho terapêutico usando linguagem vaga ou abstrata); 4) Narrativa de evitação e/ou mudança de tópico (paciente conta história e/ou muda o tópico de uma forma que funciona para evitar o trabalho de terapia); 5) Deferência e apaziguamento (paciente evita o terapeuta e/ou trabalho terapêutico por ser excessivamente complacente e se submete ao terapeuta); e 6) Conteúdo/afeto cindido (paciente evita o terapeuta e/ou trabalho terapêutico exibindo um afeto que não corresponde ao conteúdo de sua narrativa); 7) Autocrítica e/ou desesperança (paciente evita o terapeuta e/ou trabalho terapêutico ao se tornar absorvido por um processo depressivo de autocrítica e/ou desesperança que parece excluir o terapeuta da relação) (Eubanks et al., 2015).

Na vinheta a seguir, pode-se identificar a ocorrência de uma ruptura de evitação.

Terapeuta: e tu chegas a falar isso pra ela? da dependência?

Paciente: eu tento falar, mas ela já se defende com briga, né? (Terapeuta: uhum), o jeito dela se defender é brigar, né? (Terapeuta: uhum) e chorar também, né? e aí bah, aí eu acabo, eu volto com o meu defeito que eu não gosto, eu não suporto

muito ver [ela] chorando assim, eu já bah! eu já fico assim meio aborrecido assim ... também sei lá né, porque se 'pá' ela sabe disso, né?, por isso ela usa essa artimanha também, né?, pra não falar muito sobre isso, né? (Terapeuta: uhum) porque por exemplo ela- ela foi lá pra X [cidade] e eu acho que os amigos dela são tudo meio 'prá frentex' assim e deixaram, botaram na cabeça dela que ela é ela é muito bonita, ela não sabia que ela era bonita / 'ai eu sou feia' ela falava isso e agora ela se convenceu que ela é bonita, e ela realmente ela é uma guria bonita né...

A ruptura de evitação encontrada nesse trecho é chamada mudança de tópico; o paciente muda de um assunto pesado para um assunto leve como forma de evitar o trabalho terapêutico (Eubanks et al., 2015). A terapeuta busca explorar os conflitos de relacionamento afetivo do paciente com sua ex-namorada, focando nos sentimentos de dependência que ele possui em relação a ela. Para o paciente, tal assunto evoca emoções e sentimentos de abandono. Então, muda de assunto: começa a falar sobre a viagem que a sua ex-namorada realizou e sobre os problemas dela com a própria auto-imagem.

Enquanto a ruptura de evitação pode ser sutil e de difícil identificação, a ruptura do tipo de confrontação é geralmente mais evidente, uma vez que o paciente demonstra verbalmente sua insatisfação com a psicoterapia e a com a pessoa do terapeuta. Nesse tipo de situação, o terapeuta deve evitar defender-se diante das agressões verbais e propor o exercício da reflexão sobre o que está acontecendo com o processo terapêutico (Eubanks et al., 2015; Safran et al., 2011).

As rupturas de confrontação apresentam subtipos que podem ser classificados em: 1) Queixas/preocupações sobre o terapeuta (paciente expressa sentimentos negativos sobre o terapeuta); 2) Paciente rejeita a intervenção do terapeuta (paciente rejeita ou dispensa a intervenção do terapeuta); 3) Queixas/preocupações sobre as atividades da terapia (paciente expressa insatisfação, desconforto ou desacordo com tarefas específicas da terapia, como tema de casa ou tarefas durante a sessão); 4) Queixas/preocupações

sobre os parâmetros da terapia (paciente expressa preocupações ou reclamações sobre os parâmetros do tratamento, como horário da terapia, número frequência de sessões); 5) Queixas/preocupações sobre o progresso na terapia (paciente expressa reclamações, preocupações ou dúvidas sobre o progresso); 6) O paciente defende-se contra o terapeuta (paciente defende seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos contra o que ele percebe ser uma crítica ou julgamento do terapeuta); 7) Esforços para controlar/pressionar o terapeuta (paciente coloca a responsabilidade sobre o terapeuta para corrigir seus problemas rapidamente) (Eubanks et al., 2015).

A ocorrência da ruptura de confrontação pode ser exemplificada em uma sessão em que a terapeuta busca explorar os sentimentos do paciente diante de uma ameaça feita a ele pelo o atual namorado da sua ex-namorada:

Terapeuta: porque sim tu gostas muito da Fulana [ex-namorada], vocês ficaram dez anos juntos, quanto que essa relação está te atrapalhando (Paciente: aham) na tua vida; E agora ainda vem essa ameaça...

Paciente: não, a ponto disso né, eu achei descarado isso, achei descarado isso, o que esse cara[atual namorado da sua ex], fez mas no fundo, lá no fundo, eu sei que no fundo isso não é culpa dele também, por causa que ele é um cara novo, ele é um piá sabe e, me ameaçar dessa forma foi uma coisa que com certeza ele fez de cabeça quente, ele não pensou bem no que ele fez porque isso é realmente uma ameaça, daqui a pouco eu não sei até que momento eu poderia fazer uma B.O [registro na polícia] em relação a isso tá_ligado, [gíria]eu não vou fazer porque é uma bobagem isso, os policiais vão rir da minha cara tipo “ih, tá com medo?” sabe, mas, sabe, foi uma ameaça real! sabe, e ‘bah, eu sei onde tu’ ele só errou no ‘eu sei onde tu moras e onde tu trabalhas’ isso ele errou, se ele falasse “eu vou te dar porrada, te cuida” eu “ah” mas o que realmente me abalou assim ;

Terapeuta: e realmente te deixou com medo

Paciente: cara, não é medo por causa que eu não tenho medo dele, eu sei que ele não é capaz de nada sabe, porque eu conheço ele, a Fulana [ex-namorada] falou muito dele, eu conheço ele, ele é um cara que veio de outro estado, que estuda para caramba, um baita tri estudioso, está morando na faculdade lá;

Terapeuta: se não fosse capaz de nada também não seria capaz de te ameaçar

Paciente: “ pois é, mas não sei, eu acho que foi tilt [gíria que significa: ficou atrapalhado] dele tá ligado? [gíria] eu nem vou responder ele assim, deu vontade de falar assim ‘cara, me desculpa assim mas tu não sabes o que está falando, sabe, tipo, errou’ deu vontade de falar assim ‘errou feio’ só isso ‘errou feio’ para ele.”

Aqui se observa a ruptura de confrontação na qual o paciente rejeita a intervenção da terapeuta. A terapeuta clarifica para o paciente que ele sentiu medo diante da ameaça feita pelo atual namorado da sua ex, e o nega (“cara, não é medo por causa que eu não tenho medo dele, eu sei que ele não é capaz de nada sabe”). No entanto, diz que a ameaça da agressão física o abalou. Na sequência, a terapeuta complementa: “ se não fosse capaz de nada também não seria capaz de te ameaçar” E o paciente novamente rejeita a intervenção.

É importante notar que nem toda discordância entre paciente e terapeuta pode ser considerada uma ruptura. Muitas vezes, é importante para o paciente discordar da terapeuta, tendo em vista possuir uma perspectiva diferente, que pode ser alvo de exploração na sessão (Eubanks et al., 2015).

As rupturas de evitação e confrontação, podem aparecer juntas num mesmo segmento de sessão. Para ilustrar esse processo, se apresenta a seguir uma vinheta em que o paciente ao mesmo tempo evita o trabalho terapêutico e rejeita a intervenção da

terapeuta. O segmento trata da exploração de sentimentos do paciente associados ao término do namoro.

Terapeuta: é, porque eu te perguntei isso, porque fica tudo muito misturado, né?

(Paciente: é, exatamente) aí acaba assim em um show maior, e acontece que ainda existe um sentimento entre vocês...

Paciente: sim, não com certeza, e aí é que está né. Só que não, não, não, a gente não tem escolha até janeiro em relação a isso, então o que eu posso fazer é aceitar a situação e conviver o melhor possível né, então...

Nesse segmento é possível identificar uma ruptura de evitação, na qual o paciente é deferente e apaziguador, ou seja, concorda superficialmente com sua terapeuta. No entanto, na sequência da sua fala, o paciente rejeita a intervenção realizada pela terapeuta, atribuindo a impossibilidade de mudanças acontecerem entre ele e sua ex-namorada até janeiro do ano seguinte. Nesse segmento, as rupturas de evitação e confrontação aparecem juntas.

Na sequência, o juiz avalia o grau de impacto que cada marcador de ruptura e a resolutividade das estratégias de reparação das rupturas. Essa classificação é feita pela escala de significância e é dada numa escala de 5 pontos (desde 1 marcadores sem impacto na AT até 5 marcadores com alto impacto a AT).

Essa escala permite a avaliação do grau de impacto e ressalta a importância do olhar atento para os impactos que cada marcador de ruptura causa na AT. Conforme Safran et al., (2011) durante uma sessão de psicoterapia, o paciente pode apresentar diversas rupturas de evitação com menor impacto na AT. E apresentar poucas rupturas de confrontação com alta significância na AT, por exemplo. Portanto, o juiz deve levar em conta a medida global das rupturas da AT, sua frequência, mas deve atentar para o impacto que cada ruptura causou na sessão

O juiz depois de avaliar cada marcador, pontua a significância global da sessão. Compara-se a frequência e intensidade tanto das rupturas de evitação e confrontação, e reflete seu senso geral da sessão. Se a sessão foi marcada mais pela evitação do que pelo confronto em termos de significância para a aliança, então, a codificação de evitação geral deve ser maior do que a codificação geral de confrontação.

O juiz, após identificar uma ruptura da AT, deve ficar atento e observar como essa ruptura é reparada ou não. As resoluções das rupturas da AT possibilitam que a dupla terapêutica renove ou fortaleça seu vínculo emocional e retome o andamento do processo. As rupturas podem acontecer no início da sessão de psicoterapia, e serem reparadas ao final dela, outras, podem ser reparadas em sessões posteriores. Para avaliar o grau de resolutividade das reparações da AT, o juiz deve utilizar a escala de significância presente no manual 3R's (Eubanks et al., 2015). Foram sistematizadas 10 estratégias de resolução, usualmente utilizadas para realizar a reparação das rupturas da AT (Eubanks et al., 2015). Estas estão descritas na Figura 3.

-
- O terapeuta esclarece um mal-entendido;
 - O terapeuta muda tarefas ou objetivos;
 - O terapeuta ilustra as tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento;
 - O terapeuta convida o paciente a discutir pensamentos ou sentimentos com relação ao terapeuta ou algum aspecto da terapia;
 - O terapeuta reconhece sua contribuição para uma ruptura;
 - O terapeuta revela sua experiência interna da interação entre paciente e terapeuta;
 - O terapeuta liga a ruptura a padrões interpessoais entre o paciente e o terapeuta;
 - O terapeuta liga a ruptura a padrões interpessoais nas outras relações do paciente;
 - O terapeuta valida a postura defensiva do paciente;
 - O terapeuta responde a uma ruptura redirecionando ou reorientando o paciente.
-

Figura 3. Estratégias de Resoluções das rupturas AT, conforme Eubanks et al. (2015)

Diante das rupturas de evitação, o terapeuta pode utilizar como estratégias de resoluções como a empatia. O processo de empatizar o ajuda o paciente e ajudar a

explorar os processos internos que o impedem de experimentar e expressar suas emoções plenamente. Assim, o paciente poderá aceitar e expressar sentimentos vulneráveis e necessidades subjacentes (Eubanks et al., 2015). Diante de rupturas de confrontação, o terapeuta pode adotar uma postura na qual, tenta sobreviver ao comportamento agressivo do cliente sem reagir com contra hostilidade, de modo que o paciente possa passar de irritado e agressivo para explorar as emoções primárias e as necessidades não expressas (Eubanks et al., 2015).

Na vinheta a seguir, a terapeuta trabalha para resolver rupturas expressas nos diversos atrasos que o paciente vem apresentando nas sessões iniciais.

Terapeuta: com certeza tu estás buscando uma ajuda para tentar mudar tudo isso, todas essas tuas propostas né (P: sim), e como é que está para ti vir até aqui? (P: está;), né, nessas três sessões tu tens chegado tarde.... Como é que tu tens sentido, assim, quando tu vens? quando tu falas?

Nesta sessão, o paciente falava dos problemas relacionais que o levaram à terapia e sua dificuldade em resolvê-los. A partir desta intervenção, a dupla dedicou-se a examinar diferentes entraves que o próprio paciente estava produzindo para obstruir o processo de mudança. Neste tipo de reparação, conforme o manual do 3R'S (Eubanks et al., 2015), o terapeuta convida o paciente a discutir pensamentos ou sentimentos relacionados à terapia.

A exploração e a resolução de uma ruptura da aliança terapêutica fornecem uma importante experiência emocional corretiva para o paciente. Isso significa que a vivência, na relação terapêutica, de um problema relacional (ruptura) seguido de sua exploração e resolução, demonstra para o paciente uma nova forma de se relacionar, sendo assim terapêutica. Dessa forma, a experiência de trabalhar para resolver uma ruptura pode facilitar a integração do *self do paciente*, a sua capacidade de regulação emocional e a

identificação das relações interpessoais como potencialmente disponíveis emocionalmente (Eubanks et al., 2015; Safran et al., 2011; Safran et al., 1990).

O último tópico de avaliação das rupturas refere-se à contribuição do terapeuta para a sua ocorrência. Nesse item, o manual 3R's (Eubanks et al., 2015) avalia o quanto o terapeuta causou ou exacerbou rupturas na sessão. As rupturas são um fenômeno relacional, e, portanto, os terapeutas podem contribuir para o processo de rupturas da AT. O foco deste item é a extensão em que o terapeuta está desempenhando um papel “maior que a média” ao iniciar ou exacerbar a ruptura. O terapeuta pode estar envolvido nos comportamentos interpessoais negativos do paciente, como a crítica, ou pode parecer passivo e ignorar os marcadores de ruptura proeminentes.

No trecho a seguir encontra-se uma vinheta retirada de uma sessão na qual a dupla estava discutindo do relacionamento amorosos do paciente.

Paciente: sabe; e aí eu não sei o que eu sinto, eu não sei explicar o que eu sinto, sinto falta daquela relação que a gente tinha sabe, um amor, um respeito entre um e outro, mas agora eu imagino, tá então, agora eu imagino, faz de conta que o Fulano [atual namorado da ex] que ela olha pra mim e fala 'bah eu nunca mais quero saber do o Fulano [atual namorado da ex] tal' será que seria a mesma coisa? E provavelmente não seria a mesma coisa.

Terapeuta: ela continua na casa que era de vocês?

Paciente: não ela está no apê novo dela, o apê de antes está vazio já é só entregar a chave agora, inclusive falta limpar um pouquinho lá e a gente vai limpar não ela vai limpar na quarta-feira vai me entregar a chave e eu vou, e aí deu.

Terapeuta: e ela levou todos os gatos junto?

Paciente: levou todos os dela e os meus estão lá e preciso só eu tenho que dar um jeito nos meus já doei um (Terapeuta: são quantos?) quatro eu pensei dois eu vou doar e dois eu vou fiar para mim porque daí dois gatos é tranquilo né

O paciente fala sobre seus sentimentos em relação à sua ex-namorada. No entanto, em suas intervenções, a terapeuta faz perguntas sobre a realidade objetiva, como “*ela continua na casa que era de vocês?*” e “*E ela levou todos os gatos junto?*”. A introdução desses assuntos parece cortar a exploração dos sentimentos que havia sido proposta e estava sendo realizada pelo paciente.

Contribuições de Pesquisa e Prática Clínica em Psicoterapia

A integração entre a pesquisa e prática clínica é um desafio para os psicoterapeutas de forma geral. Conforme Baker, McFall, e Shoham, (2009) e Dattilio, Edwards, e Fishman (2010) historicamente, a valorização das experiências pessoais parece excluir o valor dos estudos empíricos dentro do campo de pesquisa em psicoterapia, e vice-versa. De um lado, os psicólogos clínicos, profundamente ambivalentes quanto a relevância dos estudos empíricos, possuem dificuldade em compreender a linguagem científica, e acreditam que o conhecimento produzido na acadêmica além de ser distante da prática clínica é tendencioso, e se nutrem apenas da teoria e as supervisões. Por outro, os pesquisadores, rodeados de estudos de efetividade e eficácia, protocolos de atendimento e diretrizes de manejo técnico oriundo de pesquisas, não estabelecem um diálogo de troca de conhecimento com os terapeutas, e as suas pesquisas podem acabar engavetadas na academia, sem aplicabilidade clínica.

Krause, (2011) se pergunta por que os clínicos acessam pouco os estudos empíricos e Serralta et al., (2011) destacam que a ciência tem seu sentido e aplicabilidade

na medida em que contribui para o desenvolvimento da prática clínica. O sistema 3R's possui aplicabilidade e valor não apenas para a pesquisa, mas também para a prática da psicoterapia. Em sua proposta, reconhece a AT como medida relacional, que envolve além dos aspectos do paciente e do terapeuta, a qualidade da relação estabelecida entre eles.

O sistema apresenta uma sistematização que permite a realização de estudos empíricos com boa confiabilidade sobre a dinâmica da AT em uma sessão de psicoterapia (Boritz et al., 2018; Eubanks, Muran, & Safran, 2014; Eubanks, Sinai, Israel, Muran, & Safran, 2018b; Gülüm, Soygüt, & Safran, 2018; Safran et al., 2011). E ainda, como os problemas na aliança são comuns, mas reconhecer e resolver rupturas na AT pode ser desafiador, desconfortável e intimidante para os terapeutas (Safran et al., 2009), resultados dos estudos com o 3R's possuem significância clínica. O manual do 3R's tem sido utilizado, com sucesso, para fundamentar treinamentos para os clínicos melhorar a identificação das rupturas e as formas de repará-las (Eubanks et al., 2015). A importância das habilidades dos terapeutas para resolver ou reparar as rupturas de alianças é ressaltada por evidências de que a resolução das rupturas da aliança está associada a uma melhor retenção no tratamento (Muran et al., 2009).

O estudo das rupturas e resoluções da AT com o 3R's contribui para o desenvolvimento científico no campo de pesquisa em psicoterapia, pois avança no compreensão e estudo sobre a AT para além de um fenômeno inicial, e compreende a natureza dinâmica e oscilatória dentro do processo terapêutico, e de uma sessão de psicoterapia (Safran et al., 2011). Neste sentido, os estudos internacionais usualmente têm utilizado o sistema 3R's para a avaliação dinâmica da AT em tratamentos envolvendo diferentes psicopatologias e abordagens teóricas. Muran et al., (2009) avaliaram a relação entre as rupturas da AT do início do tratamento e sua resolução, em 128 pacientes que

foram sorteados aleatoriamente à participar de diferentes psicoterapias, Terapia Cognitiva Comportamental, Terapia Relacional Breve e Psicoterapia Psicodinâmica Breve, para pacientes com transtorno de personalidade. O estudo demonstrou que a intensidade da ruptura, relatada conjuntamente por pacientes e terapeutas, foi associada a resultados desfavoráveis nas medidas de funcionamento interpessoal e a incapacidade de resolver essas rupturas foi preditiva de abandono

Ribeiro et al., (2011) exploraram a relação entre as rupturas da AT e as expressões verbais de necessidades de um paciente com Transtorno do Pânico e Agorafobia em Terapia Cognitiva e Comportamental com desfecho negativo. A análise de séries temporais evidenciou que o aumento de rupturas numa sessão influenciou o aumento de expressões verbais de necessidades do paciente após quatro sessões, especialmente no contexto de rupturas de confrontação e expressão de necessidades relacionadas, de forma direta, com a terapia. Foi constatado também que o aumento de expressões verbais de necessidades numa sessão apresentou associação com a diminuição das rupturas após três e quatro sessões.

Uma metanálise feita por Safran et al., (2011) incluiu 9 estudos, e constatou um efeito de tamanho médio ($r=0.24$, $z =3.06$, 95% CI [0.09, 0.39], $p= 0.002$), indicando que a presença de episódios de reparação de ruptura foi positivamente relacionada a um bom resultado no tratamento, e que indivíduos com transtornos de personalidade têm maior intensidade de ruptura no início da terapia do que aqueles sem distúrbios de personalidade. Outra metanálise feita por Eubanks et al., (2018b) encontrou uma relação moderada entre as resoluções das rupturas e o resultado positivo do tratamento ($r=0.29$, $z=2,94$, 95% CI [0,10, 0,47], $p=0,003$). O estudo destacou a necessidade do desenvolvimento de treinamentos para os terapeutas identificar as rupturas, já que e os terapeutas que reparam as rupturas relatam melhor resultado no tratamento e que, quanto

maior o percentual de pacientes com transtornos de personalidade, menor a correlação entre o treinamento em resolução de ruptura e o desfecho do paciente.

Pesquisadores como Gersh et al., (2017) realizaram um estudo qualitativo com 44 pacientes jovens com TPB, visando explorar os processos de ruptura e reparação da AT. Como resultado, encontraram que as rupturas ocorreram em 53% das sessões e com o passar do tratamento tenderam a aumentar, sendo as de confronto mais frequentes. As rupturas que ocorreram no início do tratamento foram associadas com piores resultados, enquanto que uma maior resolução do tratamento tardio foi associada a melhores resultados, caracterizadas, também, como oportunidades de crescimento terapêutico.

Como já mencionado, além de contribuir para o estudo de processos e processos-resultados em psicoterapia, o manual 3R's favorece o desenvolvimento técnico de psicoterapeutas, pois pode lhes auxiliar a reconhecer, tolerar e negociar rupturas da AT e realizar as reparações (Eubanks et al., 2015). Os terapeutas que realizaram o treinamento com o 3R's mostram-se mais sensíveis à ocorrência de alianças rupturas e capaz de detectá-los em situações onde eles podem ter escapado anteriormente à observação. Isso tem sido particularmente útil no treinamento de terapeutas iniciantes, na qual, permite o desenvolvimento de uma escuta clínica aguçada para as rupturas da AT e suas reparações (Safran et al., 2009).

A aplicabilidade do sistema 3R's para a prática clínica envolve o desenvolvimento de três habilidades principais. A primeira delas, refere-se à autoconsciência: o terapeuta deve estar atento às suas experiências internas e como uma bússola, ser capaz de entender suas interações e compará-las com às dos pacientes. A segunda é a regulação emocional, que é a habilidade do terapeuta em gerenciar suas próprias emoções negativas e tolerar o sofrimento. E por fim, a sensibilidade interpessoal, que implica na empatia diante das

experiências dos pacientes e na consciência do processo interpessoal que envolve a dupla paciente-terapeuta (Muran, Safran, & Eubanks, 2010).

Portanto, pesquisadores podem utilizar o sistema 3R's como método de avaliação dinâmica da AT e os clínicos como forma de identificação das rupturas como padrão de funcionamento relacional do paciente. A avaliação empírica das rupturas gera resultados quantitativos (número de rupturas e estratégias de reparação e grau de impacto de ambas) que permitem a integração entre os conhecimentos tradicionais em psicoterapia com evidências científicas, possibilitando que as intervenções estejam embasadas pela ciência (pesquisa) e pela clínica (Eubanks, Muran, & Safran, 2010). Além disso, o sistema possibilita que os terapeutas estudem e treinem a avaliação de rupturas e de estratégias de reparação, por meio de marcadores bem definidos e com base em observações sistematizadas provenientes de estudos realizados com diferentes abordagens de psicoterapias e pacientes com distintos diagnósticos.

O estudo realizado por Eubanks et al., (2014) sistematizou um treinamento focado na Aliança (AFT) que busca desenvolver a habilidade dos terapeutas de reconhecer, tolerar e negociar as rupturas da aliança, aumentando a sua autoconsciência, a regulação e a sensibilidade interpessoal. Através do uso da análise de vídeo dos momentos de ruptura, *role-plays* conscientes e *mindfulness*, se encoraja os clínicos a desenvolver curiosidade aberta, aceitação sem julgamento da sua própria experiência e da experiência de seus pacientes. O programa produziu evidências que sugerem que a AFT ajuda os psicoterapeutas iniciantes a tratar pacientes desafiadores e/ou difíceis de forma eficaz.

A consciência dos terapeutas sobre as rupturas na aliança pode determinar se as rupturas serão benéficas ou obstrutivas para o processo de terapia. Um estudo feito por Chen, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Hasson-Ohayon, e Refaeli, (2018) avaliou as

associações entre o reconhecimento dos terapeutas das rupturas da AT e as alterações nas avaliações dos pacientes sobre a aliança e os sintomas, usando dados de séries temporais em uma configuração de tratamento naturalista. Participaram do estudo 84 pacientes com diagnóstico de transtorno afetivo (44,6%), transtorno de ansiedade (27,7%), transtorno obsessivo-compulsivo (4%) ou outros diagnósticos (4%), submetidos à psicodinâmica de curto prazo, com duração média de 22,7 sessões, atendidos por 56 terapeutas, que responderam às medidas de aliança após cada sessão, e os pacientes avaliaram as medidas de sintomas no início de cada sessão. A pesquisa mostra que o reconhecimento parte dos terapeutas das rupturas nas sessões de não-ruptura foi positivamente associada com as avaliações positivas de alianças dos pacientes na próxima sessão. O estudo evidencia que a identificação das rupturas pelos terapeutas aboliu o efeito negativo das rupturas nas avaliações dos sintomas dos pacientes na sessão seguinte. Portanto, destaca-se a importância do reconhecimento dos terapeutas da deterioração da aliança para que ocorra um processo de reparo que pode levar a um melhor relacionamento e resultado

Conclusão

A AT é um fator comum do relacionamento que é fundamental para a adesão, manutenção e progresso do tratamento. Portanto, o monitoramento e trabalho terapêutico ativo para manter e/ou reestabelecer a AT é essencial para que uma psicoterapia atinja seus objetivos. O presente artigo destaca a influência que a AT pode exercer durante a psicoterapia e apresenta um sistema de avaliação das rupturas e resoluções da AT, o 3R's que, além de possuir aplicabilidade para o estudo empírico do processo de psicoterapias de qualquer orientação teórica, possui aplicabilidade clínica.

A pesquisa em psicoterapia não precisa ser dura, objetiva, controlada e distante da prática. Estudos de processo, naturalísticos, sistemáticos, e realizados com sistemas

observacionais da interação terapêutica extraem o que há de melhor na tradição clínica e da ciência empírica. O 3R's é uma das ferramentas para este tipo de estudo. Seu potencial para o ensino de técnicas psicoterapêuticas também não deve ser negligenciado. Acredita-se, que a sua introdução no Brasil possibilite avanços de estudo de processos terapêuticos e também no treinamento técnico de jovens terapeutas de qualquer orientação teórica.

Referências

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Baker, T., McFall, R., & Shoham, V. (2009). Is your therapist a little behind the times? (pp.13–15). Retrieved November 20, 2018, from <https://www3.nd.edu/~ghaeffel/WashPost%20copy.pdf>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks, C. F., & McMair, S. (2018). Alliance Rupture and Resolution in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 32*(Supplement), 115–128. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.supp.115>
- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2018). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research, 28*(4), 560–570. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1227104>
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J. A., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy, 47*(4), 427–441. <https://doi.org/10.1037/a0021181>
- Eubanks C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2014). Alliance-focused training. *Psychotherapy Theory Research Practice Training, 52*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>

- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy, 52*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>
- Eubanks, C. C., Lubitz, J., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018a). Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation. *Psychotherapy Research, 0*(January), 1–16. <https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. *ResearchGate*, (January), 1–16. <https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Eubanks, C. C., Sinai, M., Israel, B., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018b). Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Association, 55*(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185.supp>
- Eubanks, C.C., Muran, J. C., & Safran, J. C. . (2010). Alliance Ruptures and Resolution. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 74–94). New York: The Guildford Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Wampold, B. ., & Horvath, A. . (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy : A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy, 1*(2), 1–25. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2017). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(1), 84–104. <https://doi.org/10.1111/papt.12097>
- Gülüm, V., Soygüt, G., & Safran, J. D. (2018). A comparison of pre-dropout and

- temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 28(5), 685–707. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2011). How to Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in Your Clinical Work. In R. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 361–380). New York: Humana Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Krause, M. (2011). La Psicoterapia : ¿ O cio sin Ciencia y Ciencia sin O cio ?*. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 89–98. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.1.0103>
- Larsson, M. H., Falkenström, F., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2016). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy Research*, 28(1), 123-136. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174345>
- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of Session Process: Relationship to Depth and Alliance. *Psychotherapy*, 48(4), 391–400. <https://doi.org/10.1037/a0025248>
- Locati, F., Rossi, G., & Parolin, L. (2017). Interactive dynamics among therapist interventions, therapeutic alliance and metacognition in the early stages of the psychotherapeutic process. *Psychotherapy Research*, 29(1), 112-122. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1314041>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks, C. C., & Winston,

- A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248. <https://doi.org/10.1037/a0016085>
- Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks, C.C. (2010). Developing Therapist Abilities to Negotiate Alliance Ruptures. In J.C. Muran, J.P. Barber. *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 320–340). New York: Guilford Press.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., ... Parazak, S. E. (2018). Therapeutic alliance , empathy , and genuineness in individual adult psychotherapy : A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Oliveira, N. H., & Da Cruz Benetti, S. P. (2015). Therapeutic alliance: Establishment, maintenance and disruption of relationship . *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125–138. Retrieved July 25, 2018, from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84964655197&partnerID=40&md5=a583b6eb5838b1fed4ec4997cbc0ff0c>
- Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises? *Contextos Clínicos*, 10(1), 130–143. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.10>
- Ribeiro, E., Coutinho, J., Sousa, Z., & Machado, C. (2011). Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XIII(1), 71–86. Retrieved September 19, 2018, from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452011000100006&script=sci_arttext&tlng=es

- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154–165. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.154>
- Safran, J. D., Muran, C. J., & Proskurov, B. (2009). Alliance, Negotiation and Rupture Resolution. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between Science and Practice*, 201–225. <https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5>
- Safran, J. D., & Muran, J.C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks, C, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks, C. C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0011>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*

(*Campinas*), 28(4), 501–510. Retrieved from

<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/10.pdf>

Zilcha-Mano, S. (2017a). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in

light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311–325.

<https://doi.org/10.1037/a0040435>

Zilcha-Mano, S. (2017b). Resolution of alliance ruptures: The special case of animal-

assisted psychotherapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 34–45.

<https://doi.org/10.1177/1359104516671385>

II - Rupturas da Aliança Terapêutica: Um estudo de caso malsucedido em psicoterapia psicanalítica com paciente *borderline*

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo compreender os processos de ruptura da Aliança Terapêutica (AT) de um caso de psicoterapia psicanalítica (PP) interrompida com um paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). Trata-se de um estudo de caso sistemático, de caráter híbrido e longitudinal. O caso contempla 15 sessões de PP, um paciente (30 anos) com queixas de agressividade e dificuldades de relacionamento interpessoais, a terapeuta (32 anos) já formada em psicologia. As sessões foram gravadas em vídeo e transcritas. A identificação das rupturas na AT foi feita pelo *Rupture Resolution Rating System (3R's)*. Foram encontradas 100 rupturas da AT, destas 69% são rupturas de evitação e 31% de confrontação. As rupturas de evitação com maior ocorrência foram mudança de tópico/narrativa de evitação (Fr=11), deferente e/ou apaziguador (Fr=9), comunicação abstrata (Fr=6), e as de confrontação foram: paciente rejeita as intervenções da terapeuta (Fr=12), Paciente defende-se do terapeuta (Fr=3) e esforços para controlar o terapeuta (Fr=3). As rupturas da apresentam alguma significância no tratamento (M=3,0; DP=0,37). Foram encontradas 30 contribuições da terapeuta para as rupturas. As rupturas de evitação são mais sutis e de difícil identificação, apresentando-se em maior frequência do que as de confrontação no tratamento. Diante de pacientes com TPB os terapeutas devem desenvolver habilidades para fazer intervenções com foco sobre a AT. Salienta-se a natureza exploratória dos dados e que se trata de um estudo de caso único que não permite generalizações a outros casos. Destaca-se a necessidade de outros estudos que buscam replicar a pesquisa em outros casos, de sucesso e insucesso terapêutico.

Palavras-chave: Rupturas; aliança terapêutica; psicoterapia; investigação de processos; transtorno de personalidade *Borderline*.

Article II – Alliance Rupture: An unsuccessful case of psychoanalytic psychotherapy with borderline patient

Abstract

This paper aims to understand the processes of rupture of the Therapeutic Alliance (TA) of a case of interrupted psychoanalytic psychotherapy (PP) with a patient with Borderline Personality Disorder (BPD). This is a systematic, hybrid and longitudinal case study. The case contemplates 15 sessions of PP, one patient (30 years) with complaints of aggressiveness and difficulties of interpersonal relationship, the therapist (32 years old) already graduated in psychology. The sessions were videotaped and transcribed. The identification of ruptures was made by the Rupture Resolution Rating System (3R's). There were 100 ruptures of AT, of these 69% were withdrawal ruptures and 31% of confrontation. The withdrawal ruptures with the highest occurrence were shifting topic (Fr = 11), deferential and appeasing (Fr = 9), abstract communication (Fr = 6), and of confrontation were: patient rejects therapist interventions (Fr = 12), patient defends self against therapist (Fr = 3) and efforts to control the therapist (Fr = 3). The ruptures presented some significance in the treatment ($M = 3.0$, $SD = 0.37$). We found 30 contributions from therapist to ruptures. The withdrawal ruptures are more subtle and difficult to identify, occurring more frequently than those of confrontation in the treatment. In the case of patients with BPD, therapists should develop skills to make interventions focused on TA. It emphasizes the exploratory nature of the data and that it is a single case study that does not allow generalizations to other cases. The need for other studies that seek to replicate the research in other cases of success and therapeutic failure is highlighted.

Keywords: Ruptures; therapeutic alliance; psychotherapy; process research; borderline personality disorder

Introdução

O abandono precoce da psicoterapia é um problema significativo, frequentemente encontrado por terapeutas em diversas abordagens teóricas. Embora as intervenções psicoterapêuticas sejam promissoras para uma série de diferentes problemas psicológicos (Lambert, 2004), um número substancial de pacientes não consegue se beneficiar desses tratamentos, como evidenciado por estimativas de abandono. Essas taxas variam substancialmente em populações, transtornos, intervenções e contextos de tratamento, situando-se entre 15% a 75% (Arnow et al., 2007; Bados, Balaguer & Saldanã, 2007).

Estudos apontam a associação entre abandono e fatores sociodemográficos, características pessoais e clínicas dos pacientes (Messer & Wampold, 2002; Pessota, Feijó, Costa, & Benetti, 2018; Swift & Greenberg, 2012). Pessota et al., (2018) avaliaram os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao abandono inicial na psicoterapia psicanalítica, em 947 prontuários. As variáveis que apresentaram associação com o abandono inicial foram escolaridade, renda e sintomas de ansiedade. Neste estudo, realizado no contexto nacional, encontrou-se uma taxa de abandono inicial de 58,5%: 41% dos pacientes abandonaram o tratamento na triagem, 7,5% até o primeiro mês, e 10% entre 1 e 2 meses.

A metanálise de Swift e Greenberg, (2012) incluiu 669 estudos com mais 80.000 pacientes, com o objetivo de identificar a taxa de abandono e seus preditores. O estudo encontrou uma taxa de abandono de 19,7%, ou seja, aproximadamente um em cada cinco pacientes abandona o tratamento. O estudo constatou que menos idade e diagnóstico de personalidade ou transtorno alimentar são preditores de abandono

Considerando que o abandono mais provavelmente se explique por variáveis do relacionamento terapêutico do que variáveis pré-tratamento, a metanálise de Sharp, Primavera e Diener (2010) visou examinar o efeito da aliança terapêutica (AT). O estudo

revelou uma relação relativamente forte entre AT e abandono ($d: 0,55$), indicando que pacientes com ATs mais fracas tem mais chances de abandonar precocemente o tratamento. O estudo de moderadores foi exploratório devido às limitações amostrais, sugerindo que a relação AT e abandono é mais forte em indivíduos com menor escolaridade, terapias mais longas e no contexto de internação.

Numerosos estudos demonstram que a AT é um consistente preditor de resultados em psicoterapia, independentemente da modalidade de tratamento (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018). Estabelecer e manter uma boa aliança é, portanto, crucial para evitar o abandono do tratamento e criar as condições para que a melhora terapêutica possa ocorrer (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

O conceito de AT tem origem na psicanálise, na recomendação da necessidade do paciente se ligar positivamente ao terapeuta para que o trabalho analítico possa se desenvolver. (Freud, 1913). Os termos aliança terapêutica e aliança de trabalho foram cunhados, respectivamente por Elisabeth Zetzel e Ralph Greenson, que indicaram seu caráter consciente, não conflitivo e diferenciado da transferência (Gomes, 2015). Contudo, o conceito evoluiu e atualmente é concebido transteoricamente como uma relação de colaboração mútua, consciente e proposital, entre o paciente e o terapeuta em terapia, caracterizada por um acordo sobre objetivos, uma atribuição de tarefas (combinadas através do contrato), e o desenvolvimento de laços afetivos (Bordin, 1979; Horvath, 2001).

AT hoje é concebida como um processo dinâmico que apresenta variações na intensidade, frequência e duração, dependendo do diagnóstico do paciente e tipo de abordagem teórica empregada. Essas oscilações podem acontecer ao longo do tratamento e, inclusive, ao longo de uma mesma sessão (Safran, Muran, & Eubanks, 2011). A pesquisa sobre problemas, ou rupturas, na aliança terapêutica é uma literatura ainda em

desenvolvimento, especialmente no que diz respeito à frequência de rupturas e à relevância de sua resolução para o desfecho (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002).

As rupturas são caracterizadas por uma deterioração na AT entre paciente e terapeuta, manifestada pela falta de colaboração em tarefas ou objetivos ou uma tensão no vínculo emocional e na dificuldade em negociar aspectos da relação terapêutica (Eubanks, Muran & Safran, 2015; Safran & Muran, 2006; Safran, Muran & Proskurov, 2009). O paciente pode evitar o trabalho terapêutico e/ou o terapeuta ou confronta-los diretamente. Esses movimentos de rupturas da AT são inevitáveis em qualquer psicoterapia (Eubanks et al., 2015). Porém, quando não reparadas, as rupturas podem ocasionar o abandono do tratamento (Safran et al., 2011).

Existe uma ampla evidência de que as alianças enfraquecidas estão correlacionadas com o término unilateral do paciente (Doran, 2016; Safran et al., 2009; Safran, Israel, & Einstein, 2006), bem como interações negativas (isto é, hostis e agressivas) entre paciente e terapeuta (isto é, interações hostis e agressivas) estão associadas a desfechos desfavoráveis (Coady, 1991; Samstag et al., 2008; Zilcha-Mano, Muran, Eubanks, Safran, & Winston, 2018). Esses achados sugerem que o processo de reconhecimento e resolução de rupturas na aliança terapêutica por parte do terapeuta pode desempenhar um papel importante na adesão e no resultado do tratamento (Eubanks, Sinai, Israel, Muran & Safran et al., 2018b). Rupturas mal resolvidas podem levar ao abandono precoce do tratamento (Safran & Muran, 2000; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 1996; Safran, 1993). Por outro lado, as rupturas oferecem um importante indicador de comportamento relacional do paciente. Sua identificação faz com que o terapeuta adote estratégias de reparação, que quando bem sucedidas, retomam o processo terapêutico colaborativo (Safran et al., 2011).

Conforme a metanálise de Safran et al., (2011) existem evidências empíricas de que indivíduos com transtornos de personalidade têm maior intensidade de ruptura no início da terapia do que aqueles sem distúrbios de personalidade. Entre os primeiros, os pacientes com Transtornos de Personalidade *Bordeline* (TPB) são os que apresentam uma taxa de rupturas maior. Além disso, as taxas de abandono dos pacientes TPB são maiores, entre 10% a 39% (Armbrust, & Kliem, 2013; Koons et al., 2001; Kröger, Harbeck; Linehan et al., 2007; Linehan et al., 2002; McMMain et al., 2009), quando comparadas com às medidas da população em geral, entre 17,5 a 19, 7% (Cooper & Conklin, 2015; Swift & Greenberg, 2012).

Pacientes com TPB apresentam padrões inflexíveis e duradouros de dificuldades emocionais e interpessoais (Benjamin, 1993; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011b) que exigem do terapeuta um manejo diferenciado para gerenciar aspectos centrais de sua patologia (Barnow et al., 2009; Caligor & Clarkin, 2013; Kernberg, 2012, Lazarus, Cheavens, Festa, & Zachary Rosenthal, 2014; Skodol et al., 2002). Por exemplo, a instabilidade afetiva e falta de integração do self e dos outros significativos é manifestada através de um sentimento de vazio crônico, percepções de si mesmo e do outro contraditórias e empobrecidas e incapacidade mostrar-se, dificultam a experiência empática e a relação com o terapeuta (Kernberg et al., 1991). Por este motivo, recomenda-se que as intervenções com esses pacientes focalizem o desenvolvimento e a manutenção da AT (Bennett, Parry, & Ryle, 2006; Caligor & Clarkin, 2013; Geremia, Benetti, Esswein, & Bittencourt, 2016; Levy et al., 2006; McMMain et al., 2015; Richardson-Vejlgaard et al., 2013).

Gersh et al., (2017) realizaram um estudo qualitativo com 44 pacientes jovens com TPB, visando explorar os processos de ruptura e reparação da AT, por meio do sistema 3R's (Eubanks et al., 2015). O estudo mostrou que as rupturas ocorreram em 53%

das sessões e com o passar do tratamento tendem a aumentar, sendo as de confronto mais frequentes. As rupturas que ocorreram no início do tratamento foram associadas com piores resultados. Por outro lado, uma maior resolução das rupturas foi associada a melhores resultados e podem ser oportunidades de crescimento terapêutico.

Coutinho et al., (2014) compararam as rupturas em 38 duplas paciente-terapeuta em 201 sessões de Terapia Cognitivo Comportamental por dois métodos de avaliação: sistema observacional 3R's e o *Working Alliance Inventory* (WAI), instrumento de autorrelato. O WAI é instrumento que não avalia especificamente as rupturas, no entanto, estas podem ser identificadas por meio da diferença em escores nas múltiplas sessões de um mesmo caso ou grupo. Os resultados mostraram que o 3R's detectou mais rupturas do que as variações da aliança com base no WAI, o que indica a relevância da adoção de métodos observacionais para a avaliação do processo da aliança.

Como a aliança é tão crítica para o resultado, Safran e colaboradores (Eubanks, Muran, & Safran, 2014; Muran et al., 2009; Safran & Muran, 2000; Safran et al., 2011; Safran & Muran, 1996; Safran et al., 2009; Safran et al., 2006; Safran, Muran, & Samstag, 1994) criaram e testaram um modelo para reparar rupturas na aliança de terapia. Recentemente, com o objetivo de sistematizar a codificação de rupturas e reparações da AT, Eubanks e colaboradores (2015) desenvolveram o *Rupture Resolution Rating System* (3R's). O sistema visa a codificação as rupturas da AT e intervenções de reparações, em segmentos de sessões de psicoterapia, e internacionalmente, esse campo de estudo mostra-se amplo e consiste.

Considerando a relevância do processo da AT para a adesão de pacientes com TPB em psicoterapia, esse estudo tem como objetivo identificar a frequência e variações dos processos de ruptura da AT em um caso interrompido de psicoterapia psicanalítica com paciente com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Além disso,

objetiva-se descrever as características do processo terapêutico global e das sessões cujas rupturas foram mais significativas em termos do seu impacto na AT. É digno de nota que no Brasil, até o presente momento, não há avaliações empíricas das rupturas da AT. O sistema 3R's foi recentemente traduzido para o Português do Brasil pela equipe do Laboratório de Pesquisa em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI). Neste sentido, este é um estudo pioneiro no contexto nacional para o exame microprocessual da AT, constituindo um estudo exploratório que secundariamente visa introduzir estudos sobre a temática.

Método

Estudo de caso sistemático, se caracteriza por ser idiográfico, longitudinal e intensivo. Este tipo de estudo tem semelhanças com os estudos de caso da tradição clínica, mas se diferencia destes por apresentar maior rigor metodológico e controlar os vieses do estudo por meio procedimentos como a sistematização da coleta de dados (gravação em vídeo), aplicação de medidas repetidas de auto relato para avaliação do progresso/resultado e a utilização de juízes independentes para a avaliação do processo (Edwards, 2007; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011).

O caso em estudo

Tratamento

O caso analisado é de uma psicoterapia psicanalítica interrompida na 15ª sessão. Este faz parte de um grupo de casos de um estudo maior desenvolvido no Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia - LAEPSI, intitulado “Impacto das características *borderline* de personalidade nos processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica”. O caso analisado é oriundo de um serviço de atendimento à comunidade com o qual o grupo possui parceria. A frequência contratada do atendimento foi semanal.

Paciente

O paciente é um homem adulto de 30 anos (denominado ficticiamente Carlos), com diagnóstico de TPB. A sua queixa inicial foi a falta de controle emocional, comportamentos impulsivos, agressivos e dificuldade de relacionamentos interpessoais e com sua parceira amorosa. A avaliação diagnóstica da personalidade foi realizada pela terapeuta nas sessões iniciais. O diagnóstico clínico foi corroborado pela aplicação, após a 6ª sessão, da SWAP-200. (Shedler & Westen, 1998). A avaliação da personalidade conforme SWAP-200 encontra-se no Apêndice A.

Terapeuta

A terapeuta era do sexo feminino, possuía 32 anos e formação em psicoterapia psicanalítica.

Instrumentos

Ficha de acompanhamento do processo

Esta ficha foi elaborada pela pesquisadora para ser preenchida pela terapeuta. Trata-se de um registro das sessões agendadas, a frequência do paciente na sessão, contemplando eventuais atrasos, e intercorrências dignas de nota (como por exemplo, falha no equipamento de gravação).

Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200 (Westen & Shedler, 1999) é um instrumento que investiga por meio de funcionamento da personalidade a partir de determinadas áreas ou domínios identificando a presença de algum comprometimento. O instrumento é formado por um grupo de 200 sentenças que descrevem diferentes aspectos cognitivos, afetivos, relacionais, de pacientes com problemas de personalidade. A partir de tais sentenças, Westen e Shedler (2000) desenvolveram 12 perfis prototípicos para cada um dos TP, obtidos através de análises fatoriais Q, e integram a personalidade

antissocial, narcisista, paranoide, histriônica, obsessiva, esquizoide e a disfórica. Para a interpretação do perfil, utiliza-se escores padronizados. Escores $T > 60$ são compatíveis com o diagnóstico categórico de transtorno de personalidade, enquanto que escores $T > 55$, indicam a presença de traços destes

A estrutura fatorial do SWAP-200 abrange 12 traços (fatores): índice de saúde psicológica, psicopatia, hostilidade, narcisismo, desregulação emocional, disforia, orientação esquizoide, obsessividade, transtorno do pensamento, conflitos edípicos, dissociação e conflito sexual (Shedler & Westen, 2004). O SWAP-200 mostra similaridade entre os protótipos de diagnóstico e os perfis de pontuação dos transtornos da personalidade do DSM-5, refletindo o consenso clínico especializado sobre as principais características de cada transtorno de personalidade do entre a SWAP -200 e o DSM-5 (Shedler & Westen, 1998).

O Rupture Resolution Rating System (3R's) (Eubanks et al., 2015) é um manual de observação que busca identificar as rupturas na AT para obter uma classificação do tipo de ruptura em uma sessão de psicoterapia. Ao assistir a sessão, os avaliadores registram eventos de ruptura da AT: quando há falta de colaboração ou tensão na relação terapêutica. O manual apresentou alta confiabilidade, apresentando um coeficiente de correlação intraclassa de 0,85 para rupturas de evitação, 0,98 para rupturas de confrontação e 0,95 para estratégias de resolução (Eubanks, Lubitz, Muran, & Safran, 2018a). A versão em Português do manual 3R's foi desenvolvida pela equipe do LAEPSI.

O *PQS-Psychotherapy Process Q-Set* (Jones, 2000) é um instrumento panteórico que apresenta 100 itens e descrevem as atitudes e vivências do paciente, as ações e atitudes do terapeuta e a natureza da interação entre ambos. Para a análise utiliza-se como unidade a sessão terapêutica, gravada em áudio e/ou vídeo.

A classificação dos itens pauta-se no método Q-Sort. Uma particularidade do método é que não existe um conjunto Q padrão; seu objetivo é justamente obter um agrupamento de características que melhor representam determinado fenômeno em estudo (no caso do PQS, características do terapeuta, do paciente e da interação de ambos, que melhor representam a sessão de psicoterapia). Isso é feito por meio de uma escala ipsativa, que, ao contrário de normativa, não possui parâmetro externo de comparação, ou seja, os itens são ordenados com base no que é mais ou menos relevante para aquela sessão (Serralta et al., 2007).

No PQS, a escala possui 9 pontos. De um lado, classificam-se as características identificadas como mais proeminentes do processo terapêutico (positivamente salientes) e em outro, as menos características (negativamente salientes). Os itens colocados nas categorias centrais são considerados neutros ou irrelevantes. A distribuição forçada segue a curva normal e evita o efeito halocêntrico. O ordenamento, geralmente realizado por dois ou mais juízes treinados, com o auxílio de planilha eletrônica programada para este fim.

A versão em Português do Brasil do PQS foi desenvolvida por Serralta et al., (2007), e apresentou equivalência semântica com o instrumento original em inglês e coeficientes de fidedignidade entre avaliadores previamente treinados comparáveis com os obtidos com o instrumento original (Correlações Intraclasse superiores a 0,70).

Procedimentos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), por meio do parecer 14/184. Os participantes foram convidados voluntariamente a colaborar com o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todas as sessões foram gravadas em vídeo e posteriormente transcritas na íntegra. Aos participantes foi garantido o sigilo quanto à identidade e confidencialidade das informações, bem como o direito de não participar ou suspender a participação em qualquer momento. As gravações em vídeo e as transcrições das sessões somente estão disponíveis para a pesquisadora e os integrantes do grupo de pesquisa envolvidos no desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

Diagnóstico

O caso em análise integra um estudo mais amplo sobre intitulado “As disfunções da personalidade e seus efeitos no processo e resultado de psicoterapia psicanalítica”. Com base neste protocolo, após avaliação inicial e impressão diagnóstica de TPB, o paciente foi convidado a participar do estudo. Após a 6ª sessão, a terapeuta preencheu a SWAP-200 para confirmação do diagnóstico e obtenção de descrição sistematizada sobre a personalidade do paciente.

Conforme dados obtidos pela SWAP-200, Carlos apresentava características compatíveis com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, tendo o paciente apresentado Escore T=61,7 para este transtorno (Apêndice A). O paciente apresentava também características do Transtorno de Personalidade Histriônica (T escore entre 55 e 60). No perfil sindrômico, Carlos apresentava escores T elevados (T=60,6) para síndrome Histérica-Histriônica e Dependente-Vitimizada (T=61,4). Os traços patológicos mais proeminentes eram a desregulação emocional (T=61,2) e a psicopatia (T=51,9). Seu índice de saúde psicológica era 40,9, indicando um nível médio de patologia da personalidade.

Aplicação e análise com o 3 RS

As 15 sessões de psicoterapia deste caso foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise por meio do 3R's. Para a verificação dos marcadores de ruptura da AT, todas as sessões do processo terapêutico foram analisadas por observação através do 3R's. As transcrições foram utilizadas para auxiliar neste processo e facilitar a marcação.

A quantificação das rupturas na AT foi realizada nos segmentos de cinco minutos. Para identificação das rupturas, o juiz deve estar atento durante a exibição do vídeo aos indicadores de diminuição da colaboração entre paciente e terapeuta, discordâncias dos objetivos e tarefas do tratamento, levando em conta o aspectos verbais e não-verbais do paciente. Posteriormente, o juiz deve identificar o tipo de ruptura presente no segmento encontrado: ruptura de evitação (paciente se afasta do terapeuta ou do trabalho terapêutico) e ruptura de confrontação (paciente está se movendo contra o terapeuta ou contra a terapia) ou a mistura de ambos, por fim identifica-se também a subcategoria de cada grupo.

As rupturas de evitação são divididas nas seguintes subcategorias: negação; resposta mínima; comunicação abstrata; narrativa e/ou mudança de tópico; deferência e apaziguamento; conteúdo/afeto cindido; autocrítica e desesperança. Já as rupturas de confrontação: reclamações/preocupações sobre o terapeuta; paciente rejeita a intervenção do terapeuta; reclamação/preocupações sobre as atividades da terapia; reclamação/preocupações sobre os parâmetros da terapia; reclamação/preocupações sobre o processo; paciente defende-se contra o terapeuta; esforços para controlar/pressionar o terapeuta.

Em seguida, o juiz avaliou o grau de impacto que cada marcador de ruptura, de evitação, confrontação, ou ambos provocaram na AT. Essa classificação foi feita pela escala de significância e é dada numa escala de 5 pontos: 1 (sem significância); 2 (Menor

significância); 3 (alguma significância); 4 (significância moderada); 5 (alta significância). Na sequência, o avaliador atribuiu uma classificação de qual ruptura predominou na sessão, com base na frequência, e o qual foi o grau de impacto geral com base na saliência dos mesmos.

O último item de avaliação avaliou a extensão e que o terapeuta causou ou exacerbou rupturas na sessão. Para avaliação da contribuição do terapeuta para a ocorrência das rupturas foi considerado: (A) quando a terapeuta fazia uma pergunta para o paciente fora do conteúdo terapêutico em que a dupla estava trabalhando; (B) quando a terapeuta fazia perguntas que buscavam apenas satisfazer a necessidade sua curiosidade, (C) realização de intervenções com tom hostil e agressivo; (D) comportamento de passividade diante das rupturas produzidas pelo paciente. Cada contribuição da terapeuta para as rupturas foi codificada e identificada a frequência em cada sessão de psicoterapia.

As análises quantitativas descritivas rupturas foram conduzidas no programa SPSS for Windows (versão 22.0). As análises feitas com o 3R's incluíram a frequência das rupturas ao longo do tratamento e a frequência da contribuição da terapeuta para as rupturas. Após, avaliou-se a média da ocorrência das rupturas de tanto de evitação como de confrontação, a média do impacto específico das subcategorias das rupturas da AT, e em cada sessão, e o impacto global das rupturas na AT em todas as sessões de psicoterapia.

Juízes do 3R's

Na identificação das rupturas da AT participaram 6 juízes, dois estudantes de Mestrado, um estudante de Doutorado, uma Doutora em Psicologia, todos psicoterapeutas de orientação psicanalítica, e dois estudantes de iniciação científica, sem experiência clínica. Os juízes receberam um treinamento de 20 horas conforme orientação do manual

do *Rupture Resolution Rating System* (3R's) (Eubanks et al., 2015), que ocorreu durante dois meses, compreendeu a realização de 10 encontros, de 2 horas.

O treinamento realizado foi feito de forma autodidática e visava a exploração do sistema 3R's. Inicialmente, os avaliadores assistiram um seminário na web realizado pela autora do sistema 3R's, Catherine Eubanks. Os primeiros encontros do treinamento foram teóricos, e os posteriores foram utilizados para a codificação das 5 primeiras sessões do presente caso em consenso pelo grupo. Nas demais 10 sessões, duplas de juízes foram designadas para avaliação independente. Em todas as sessões, a codificação foi realizada em segmentos de 5 minutos

Para examinar a fidedignidade destas avaliações no que diz respeito à presença ou ausência de rupturas nos segmentos, foi utilizado o Coeficiente Kappa de Cohen. Para interpretar os valores do Kappa, foram considerados os parâmetros propostos por Landis e Koch (1977). Para esses autores, entre 0 e 0,19 a concordância é considerada pobre, entre 0,20 e 0,39 é razoável, entre 0,40 e 0,59 é moderada, entre 0,60 e 0,79 a é substancial, e entre 0,80 e 1,0 é quase perfeita. Conforme o critério apresentado por esta análise indicou que os juízes obtiveram um grau de concordância substancial ($K=0,760$; $z=8,0001$; $p>0,0001$) na identificação de rupturas. A final foi obtida por consenso entre juízes e revisada pela orientadora do estudo.

Aplicação e análise com o PQS

As 15 sessões gravadas em vídeo foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise por meio do PQS. As análises quantitativas descritivas do processo terapêutico global (PQS) foi realizada no programa SPSS for Windows (versão 22.0). Para obter o resultado da descrição global do processo terapêutico, calculou-se e ordenou-

se a média dos 10 itens do PQS mais e menos característicos do processo. Em seguida, identificou-se as sessões com maior impacto das rupturas na AT (através do 3R's) e a partir disso, calculou-se e ordenou-se a média dos 10 itens do PQS mais característicos para a descrição do processo terapêutico específico das sessões com maior impacto na AT.

Juízes do PQS

A avaliação do processo psicoterapêutico por meio do PQS (Jones, 2000) foi realizada por um grupo de avaliadores treinados, diferente do grupo que codificou o caso com o 3R's, sendo: 1 doutora em psicologia, 2 estudantes de doutorado e 1 estudante de graduação em Psicologia, bolsista de Iniciação Científica. Destes, somente o estudante de graduação, não possuía experiência clínica prévia. Os juízes eram cegos quanto ao número de sessões, resultado do tratamento e identidade de avaliações de outros juízes. Foi realizado o estudo da fidedignidade entre avaliadores. Os juízes apresentaram boa fidedignidade, com coeficiente de correlação Intraclasse entre 0,71 e 0,86.

Resultados

Processo global da psicoterapia

Com base na ficha de registro de acompanhamento do processo, foi observado que a terapia durou 27 semanas (Apêndice B). Contudo, devido às faltas frequentes entre as sessões, o paciente frequentou somente 15 delas. Em quase a metade das sessões (46,7%), o paciente chegou atrasado. A duração média das 15 sessões foi de 34,25 minutos (DP=11,3). Entre a 1ª e 4ª sessão, observou-se uma média de duração de 29 minutos e 25 segundos (DP=6,07). Entre a 5ª e 11ª sessão o tempo de duração da psicoterapia aumentou, durando em média 41 minutos e 87 segundos (DP=8,98). A sessão de número

7 teve a sua gravação interrompida devido à falta de bateria na câmera. Os dados do registro de frequência e faltas encontra-se no apêndice B.

O processo terapêutico global avaliado com o PQS mostrou que a terapia apresentou poucos silêncios (item 12) e foi permeada por material significativo (item 88). A dupla discutiu temáticas relacionadas à situação de vida atual do paciente (item 69), bem como suas aspirações (item 41), geralmente apresentando um foco específico (item 23) na discussão dos relacionamentos interpessoais (item 63) e amorosos (item 64) do paciente. Durante as sessões, o paciente sentia-se seguro e confiante (item 44), era ativo (item 15) e iniciava os assuntos (item 25). Geralmente mostrava compreender os comentários da terapeuta (item 42) e possuía facilidade para compreender os comentários da terapeuta (item 5).

A terapeuta mostrou-se autoconfiante (item 86) e comunicou-se por meio de um estilo claro e coerente (item 46). Na relação com Carlos, foi responsiva, envolvida (item 9) e mostrou possuir tato (item 77). Suas intervenções visaram obter mais informações e elaboração (item 31) e facilitar a fala do paciente (item 3), mantendo atenção a aspectos verbais, sem referir ao não-verbal. Os itens mais e menos característicos do processo global e suas pontuações (média dos dois juízes) podem ser visualizados no apêndice C.

A identificação das rupturas, na figura 4 ilustra o número de marcadores de ruptura identificados em cada sessão do tratamento. Identificou-se rupturas em todas as sessões de psicoterapia. Ao longo das 15 sessões de terapia, foram encontrados 100 marcadores de rupturas (em média, 6,66 rupturas por sessão). Destes, 69% são rupturas de evitação e 31%, rupturas de confrontação.

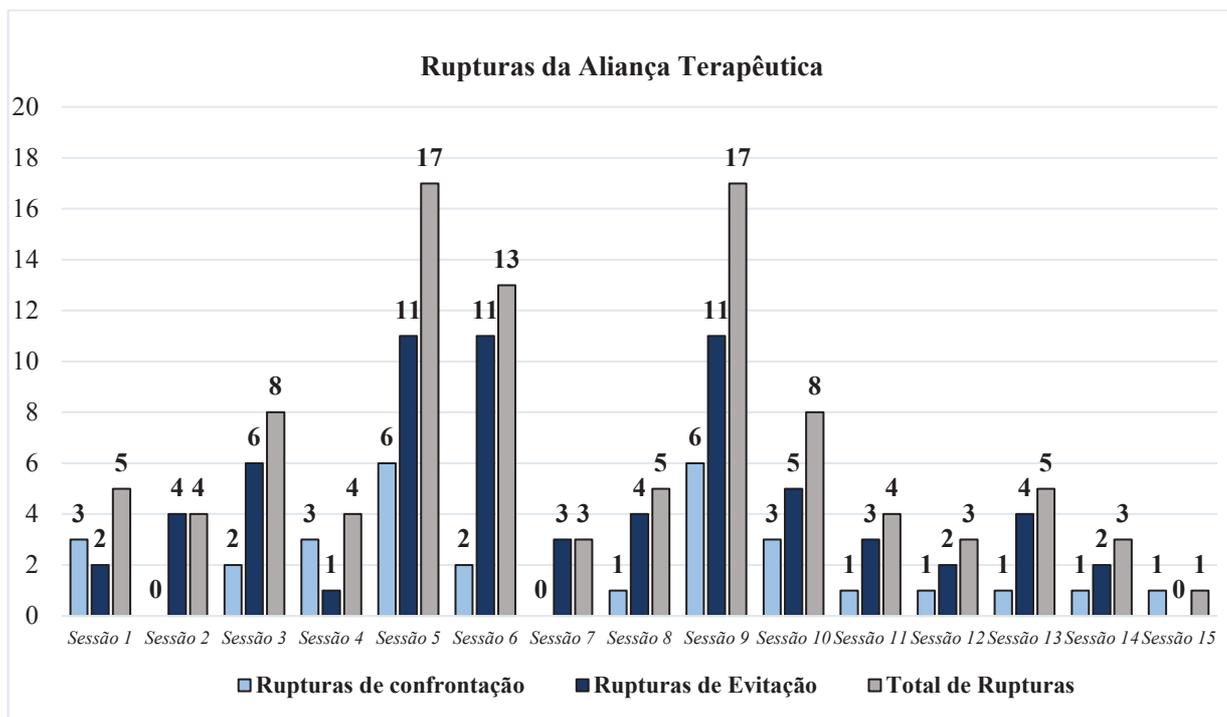


Figura 4. Número de marcadores de ruptura identificados.

Conforme a figura 4, as sessões com maior ocorrência de rupturas foram a 5, a 6 e a 9 (com 17, 13 e 17 rupturas, respectivamente). Já as com menor ocorrência, foram a 7, 12 e 14 com 3 rupturas cada, e a sessão 15, com apenas uma. Observa-se uma distribuição de frequência bimodal, na qual é identificou-se dois principais picos de aumento de rupturas (sessão 5 e 9). Quanto ao tipo de ruptura, com exceção da 1^a, da 4^a e da última sessão, houve uma predominância de rupturas de evitação em todas as sessões.

As rupturas de evitação com maior frequência média ao longo do tratamento foram: mudança de tópico/narrativa de evitação (Fr=11), deferente e apaziguador (Fr=9), e comunicação abstrata (Fr=6). Já as rupturas de confrontação predominantes foram: paciente rejeita a intervenção do terapeuta (Fr=12), defende-se contra o terapeuta (Fr=3) e faz esforços para controlar o terapeuta (Fr=3). As expressões de autocrítica e desesperança, queixas sobre o terapeuta, sobre atividades da terapia ou progresso do tratamento não foram identificadas. As demais frequências das rupturas podem ser verificadas na tabela 1.

Tabela 1
Ocorrência médias de marcadores das subcategorias das rupturas identificados nas 15 sessões do tratamento

	Fr	Min	Máx	M	DP	
Ruptura de Evitação	Negação	5	1	2	1,20	0,44
	Resposta mínima	0	-	-	-	-
	Comunicação abstrata	6	1	2	1,50	0,54
	Mudança de Tópico/Narrativa de Evitação	11	1	5	2,36	1,12
	Deferente e apaziguador	9	1	6	2,44	1,87
	Conteúdo/afeto cindido	6	1	1	1,00	0,00
	Auto crítica e desesperança	0	-	-	-	-
Ruptura de Confrontação	Queixas sobre o terapeuta	0	-	-	-	-
	Paciente rejeita as intervenções do terapeuta	12	1	4	1,50	0,90
	Queixas sobre as atividades da terapia	0	-	-	-	-
	Queixas sobre os parâmetros da terapia	1	1	1	1,00	-
	Queixas sobre o progresso da terapia	0	-	-	-	-
	Paciente defende-se contra o terapeuta	3	1	4	2,33	1,52
Esforços para controlar o terapeuta	3	1	2	1,67	0,57	

Nota. Fr = Frequência de ruptura nas sessões do tratamento; Min = Mínimo; Max = Máximo; M = Média; DP = Desvio-padrão.

Foi examinada a intensidade do impacto das rupturas de confrontação e de evitação. A intensidade das rupturas de confrontação (M=3,61; DP=0,9) foi ligeiramente maior quando comparadas com o impacto das rupturas de evitação (M=2,97; DP=1,1). As rupturas de confrontação de maior intensidade foram: paciente defende-se contra o terapeuta (M=3,67; DP=0,5); esforços para controlar e pressionar o terapeuta (M=3,67; DP=1,12) e paciente rejeita as intervenções do terapeuta (M=3,11; DP=1,0). A ruptura queixas sobre os parâmetros da terapia (M=4,00) apresentou apenas uma ocorrência, e, portanto, o grau de impacto 4 refere-se somente a esse marcador. Entre as rupturas de

evitação, os marcadores com maior impacto foram negação (M=3,33; DP=1,4); comunicação abstrata (M=3,17; DP=1,0) e deferente e apaziguador (M=3,09; DP=0,9). As demais médias dos impactos das subcategorias específicas das rupturas de evitação e confrontação podem ser visualizadas na tabela 2.

Tabela 2

Impacto médio de cada subcategoria das rupturas da AT ao longo das 15 sessões do tratamento

		Fr	Mín	Máx	M	DP
Ruptura de Evitação	Negação	6	2	5	3,33	1,4
	Resposta mínima	0	-	-	-	-
	Comunicação abstrata	6	2	5	3,17	1,0
	Mudança de Tópico/Narrativa de evitação	26	1	4	2,62	1,1
	Deferente e apaziguador	22	1	5	3,09	0,9
	Conteúdo/afeto cindido	9	1	4	2,67	1,0
	Auto crítica e desesperança	0	-	-	-	-
Ruptura de Confrontação	Queixas sobre o terapeuta	0	-	-	-	-
	Paciente rejeita as intervenções do terapeuta	18	1	4	3,11	1,0
	Queixas sobre as atividades da terapia	0	-	-	-	-
	Queixas sobre os parâmetros da terapia	1	4	4	4,00	-
	Queixas sobre o progresso da terapia	0	-	-	-	-
	Paciente defende-se contra o terapeuta	6	3	4	3,67	0,5
	Esforços para controlar o terapeuta	6	2	5	3,67	1,2

Nota. Fr = Frequência de ruptura nas sessões do tratamento; Min = Mínimo; Max = Máximo; M = Média; DP = Desvio-padrão.

Foi constatado que as rupturas (de confrontação e evitação) apresentaram, em média, alguma significância sobre a AT (M=3,0; DP= 0,62). Na tabela 3 pode-se visualizar o impacto das rupturas em cada sessão. Nota-se que em todas as sessões as

rupturas tiveram ao menos algum impacto na AT (pontuação de pelo menos 3,0). Nas sessões 5,6,9,13, e 14 houve presença de rupturas com alto impacto (pontuação 5,0). As sessões que apresentaram, em média, maior impacto na AT foram as sessões 12 (M=3,7; DP:1,10), 13 (M=4,2; DP=1,10) e 14 (M=4,0; DP=1,10).

Tabela 3

Impacto médio das rupturas da AT ao longo das 15 sessões do tratamento

Sessão	Fr	Mín	Máx	M	DP
S1	5	1,0	3,0	1,8	1,10
S2	4	2,0	4,0	3,0	1,10
S3	8	2,0	3,0	2,8	1,10
S4	4	2,0	4,0	3,0	1,10
S5	17	1,0	5,0	3,1	1,10
S6	13	2,0	5,0	3,3	1,10
S7	3	2,0	4,0	3,0	1,10
S8	5	1,0	4,0	2,2	1,10
S9	17	2,0	5,0	3,1	1,10
S10	8	2,0	4,0	3,1	1,10
S11	4	1,0	4,0	2,5	1,10
S12	3	3,0	4,0	3,7	1,10
S13	5	4,0	5,0	4,2	1,10
S14	3	3,0	5,0	4,0	1,10
S15	1	3,0	3,0	3,0	1,10

Nota. Fr = Frequência de ruptura nas sessões do tratamento; Mín = Mínimo; Max = Máximo; M = Média; DP = Desvio-padrão.

Ao longo do tratamento, identificou-se 30 contribuições da terapeuta no sentido de provocar ou exacerbar as rupturas. As sessões que a terapeuta contribuiu em maior frequência para ocorrência das rupturas foram as sessões 5 (n=10), 6 (n=6), 8 e 9 (n=5).

Não houveram contribuições da terapeuta para as rupturas nas sessões 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14 e 15.

O processo das sessões em que as rupturas tiveram maior impacto na AT (12, 13, e 14) foi analisado com o PQS. Na 12ª sessão, houve discussão sobre horários e honorários (item 96), sobre a situação de vida atual ou recente do paciente (item 69), as aspirações (item 41) e auto-imagem (item 35). O material trazido por Carlos era significativo e tinha relação com seus problemas (item 88). A terapeuta identificou um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente (item 62) e sugeriu que ele aceitasse responsabilidade pelos seus problemas (item 76). Nesta sessão, a terapeuta mostrou-se sensível aos sentimentos do paciente (item 6), solicitou mais informação ou elaboração (item 31) e exerceu ativamente controle sobre a interação (item 17). Os itens mais característicos da sessão 12ª e sua pontuação (média dos dois juízes) podem ser visualizados na tabela 4.

Tabela 4

Itens mais característicos da sessão 12ª sessão

Itens mais característicos	Média
96- Há discussão sobre horários ou honorários.	9,0
69- A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	9,0
41- As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.	9,0
88- O paciente traz temas e material significativos.	8,5
62- O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.	8,5
35- A auto-imagem é um foco de discussão.	8,0
76- O terapeuta sugere que o paciente aceite responsabilidade por seus problemas.	7,5
31- O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	7,5
17- O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou introduzindo novos assuntos).	7,5

6- O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,5
--	-----

Conforme avaliação do PQS a sessão 13 apresentou poucos focos específicos (item 23). Predominantemente, a temática dos relacionamentos interpessoais do paciente foi um tema importante (item 63). O paciente falou sobre os desejos e sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém (item 33). A discussão apresentou um foco específico (item 23) e estava vinculada a situação de vida recente de Carlos (item 69). Nessa sessão, o paciente se sentiu tímido ou envergonhado (item 61). Suas aspirações (item 41) e auto-imagem (item 35). Também foram examinadas na sessão. A terapeuta percebeu acuradamente o processo terapêutico (item 28) e identificou um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente (item 62). Além disso, a dupla também discutiu sobre os horários ou honorários (item 96). Os itens mais característicos da sessão 13 e sua pontuação (média dos dois juízes) podem ser visualizados na tabela 5.

Tabela 5
Itens mais característicos da 13ª sessão

Itens mais característicos	Média
63- Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	9,0
33- O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.	9,0
23- O diálogo tem um foco específico.	9,0
69- A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	8,5
61- O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).	8,0
41- As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.	8,0
35- A auto-imagem é um foco de discussão.	8,0
28- O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	8,0

96- Há discussão sobre horários ou honorários.	7,5
62- O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.	7,5

A sessão 14 foi marcada pela discussão sobre horários ou honorários (item 96). A terapeuta forneceu orientações e conselhos explícitos (item 27) e é diretamente encorajadora (item 66). O paciente abordou temas significativos (item 88) e o diálogo tinha um foco específico (item 23). Nessa sessão, o paciente lutou para controlar seus sentimentos e/ou impulsos (item 70) e a situação de vida atual estava presente na discussão da dupla (item 69). O terapeuta apresentou um estilo claro e coerente na comunicação com Carlos (item 46) agindo como um professor (item 37). A discussão centrou-se em temas cognitivos, sobre ideias e sistemas de crenças (item 30). Os itens mais característicos da sessão 14 e sua pontuação (média dos dois juízes) podem ser visualizados na tabela 6.

Tabela 6

Itens mais característicos da 14ª sessão

Itens mais característicos	Média
96- Há discussão sobre horários ou honorários.	9,0
27- O terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (versus adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo).	9,0
88- O paciente traz temas e material significativos.	8,5
66- O terapeuta é diretamente encorajador (OBS: coloque na direção do não-característico se o terapeuta tende a se abster de proporcionar apoio direto).	8,5
23- O diálogo tem um foco específico.	8,5
70- O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.	8,0
69- A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	8,0
46- O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	8,0
30- A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou sistema de crenças.	8,0
37- O terapeuta se comporta como um professor (de maneira didática).	7,5

Discussão

A psicoterapia de Carlos é uma terapia malsucedida, pois o paciente abandonou o tratamento unilateralmente e sem que os ganhos terapêuticos pretendidos tenham sido alcançados. O tratamento teve uma duração de 27 semanas. Contudo, apesar da frequência contratada semanal, totalizou somente 15 sessões. O baixo número de sessões em relação ao tempo de tratamento deve-se, sobretudo às faltas entre sessões (foram 9 faltas; destas, somente uma combinada com a terapeuta). Nota-se que as faltas iniciam na 4ª sessão, justamente quando, segundo a literatura, espera-se que a AT comece a se desenvolver de modo mais efetivo (Gersh et al., 2017). Quando se examina o sequenciamento de presenças e faltas nas sessões, chama a atenção que, com exceção das sessões iniciais, o processo é praticamente todo intercalado por faltas (Madeddu, Aquaro, & Preti, 2012; Owen & Hilsenroth, 2011; Tanesei, Yazigi, Fiore, & Pitta, 2007). Isso possivelmente reflita a dificuldade da dupla de desenvolver uma AT suficientemente boa no início do tratamento (Horvath et al., 2011). Como o paciente buscou espontaneamente tratamento, expressando necessidade de ajuda e aparentemente concordou com as combinações iniciais do contrato, há um sinal de descordo sobre as tarefas da terapia (Bordin, 1979) que se manifesta nas ausências e atrasos frequentes.

Modelos efetivos de tratamento para TPB compartilham, entre outros aspectos, foco na experiência emocional, uma maior atividade do terapeuta, e foco no relacionamento terapêutico (Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter, & Maltzberger, 2011). A descrição global do processo com o PQS não captura nenhum desses elementos, embora existam itens do instrumento que descrevam tais características. E ainda, esta descrição evidencia uma “aparente colaboração” na exploração de material significativo nas sessões, relacionados aos problemas que levaram

o paciente ao tratamento. É significativa também a ausência de discussão de comportamentos não verbais que podem vincular-se a resistências e dificuldades na interação.

Deve-se atentar para o fato de a análise global com o PQS leva em conta o macroprocesso em psicoterapia e centra-se na observação ampla de como paciente e terapeuta vivenciam o processo terapêutico. Assim, como uma fotografia, captura-se uma cena como um todo e se obtém uma visão panorâmica do processo com um baixo grau de resolução (Bucci, 2007; Cordioli & Grevet, 2018). Assim, para melhor compreender o processo da AT, com o 3R's pretendeu-se atentar para questões específicas, detalhadas e imediatas de como paciente e terapeuta organizam-se durante a sessão de psicoterapia (o microprocesso), observando a cena terapêutica com uma maior resolução para identificar os possíveis problemas com a AT (Barcellos, Cardon, & Kieling, 2018; Bucci, 2007).

A avaliação da AT analisada a um nível microscópico, ao longo do tratamento, permitiu identificar problemas na colaboração entre paciente e terapeuta no presente caso, já constatados em nível macro pelas faltas e atrasos mencionados. Constatou-se rupturas em todas as sessões, número elevado de rupturas (n=100), que as rupturas foram predominantemente de evitação, que as rupturas foram mais frequentes nas sessões intermediárias (com a contribuição da terapeuta) e tiveram algum impacto na AT. E ainda, foi observado que após a elevação das rupturas, nas sessões intermediárias, há um decréscimo da frequência, porém um aumento do seu impacto na AT, nas sessões que antecedem o término que a terapeuta contribui para as rupturas.

O número de rupturas observadas no presente estudo é bastante superior ao identificado em outros estudos, por meio do 3R's (Ribeiro et al, 2011; Gersh et al., 2017). Ribeiro et al. (2011) identificaram 36 marcadores de ruptura ao longo de 20 sessões de psicoterapia cognitiva comportamental mal sucedida, com um paciente com Transtorno

de Pânico com Agorafobia. Já Gersh et al. (2017) avaliaram a frequência de rupturas em 44 pacientes com diagnóstico de TPB, randomizados para receber 16 sessões de terapia analítica cognitiva ou um tratamento de apoio (*Befriending*). O estudo identificou pelo menos uma ruptura evidente em 39 (53%) das 74 sessões no estudo geral. Houve pelo menos uma ruptura em 31 (61%) das 51 sessões de CAT e em oito (35%) das 23 *Befriending*. Na maioria das sessões se observou poucas ou nenhuma ruptura, enquanto que em outras identificou-se um grande número de rupturas.

A diferença entre as frequências das rupturas do presente estudo com a literatura é um achado interessante e inesperado. Contudo, o padrão é consistente com os demais indicadores evidenciados (faltas e atrasos). Não se pode também desconsiderar que se trata de uma psicoterapia interrompida (malsucedida) com paciente TPB, supostamente mais propensos a dificuldades no estabelecimento e manutenção da AT (Boritz, Barnhart, Eubanks, & McMMain, 2018; McMMain, Boritz, & Leybman, 2015; Safran et al., 2009; Gunderson, 2009; Richardson et al., 2013). O estudo de Doran, Safran, & Muran, (2017) que examinou a relação o processo terapêutico a negociação da AT de 47 pacientes com diferentes psicopatologias clínicas (ansiedade e depressão) e com transtorno de personalidade (48,9%) também destacou uma flutuação na ocorrência das rupturas (confrontação e evitação) ao longo do tempo.

Safran e colaboradores (Safran, 1993; Safran & Muran, 2000; Safran et al., 2011) destacam que na etapa inicial do tratamento as rupturas estão associadas aos padrões interpessoais dos pacientes, como dificuldade de formar vínculos. Conforme Gersh et al., (2017), é comum o aumentar a frequência das rupturas do início para o meio do tratamento, tendo em vista que nesse período os conteúdos têm maior probabilidade de estarem relacionadas aos conflitos centrais do paciente (dificuldade de relacionamento

interpessoal e afetivo). Os autores apontam ainda que a presença de rupturas na etapa inicial de tratamento está associada ao abandono.

A instabilidade relacional que é característica dos pacientes *borderlines* (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011a) e um traço patológico proeminente de Carlos parece manifestar-se na relação terapêutica e indicar problemas com a AT. É possível conjecturar que esta dificuldade tenha sido ainda ampliada em virtude da sua terapeuta ser mulher. Embora a transferência e a contratransferência não tenham sido avaliadas, uma hipótese é de que tenham tido um papel relevante no processo. Carlos possui dificuldades no relacionamento com mulheres. O tratamento é permeado por rupturas, a terapeuta não atenta para aspectos do seu comportamento não verbal (conforme PQS) e em várias sessões contribuiu para a ocorrência ou exacerbação das rupturas (conforme avaliação com 3R's).

Autores como Bennett, et al., (2006) apontam que maior ocorrência de rupturas da AT e o abandono do tratamento é comum em pacientes com TPB. Estes pacientes apresentam falhas no processo de representação do *self* e outros (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2008) e sob ativação emocional, tendem ao pensamento concreto, não mentalizado (Bateman, Campbell, Luyten, & Fonagy, 2018), apresentando comportamentos impulsivos, relacionados às falhas na regulação emocional, que levam a uma rápida distorção sobre si mesmo e da relação com seu terapeuta (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2008; Leichsenring et al., 2011). Essa distorção sobre a relação com o terapeuta favorece a ocorrência e impacto das rupturas na AT (Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007).

Durante o tratamento, Carlos utilizava rupturas de evitação em maior frequência: mudança de tópico/narrativa de evitação, deferência e apaziguamento, mudança de tópico e comunicação abstrata. Tal achado sugere que o paciente apresente dificuldade de

expressar sua insatisfação ou angústia de maneira direta. Conforme a literatura, a frequência de rupturas de evitação é significativamente maior em pacientes que abandonaram o tratamento (Boritz et al., 2018). Tais rupturas, em comparação com as de confrontação são mais difíceis de identificar, pois o comportamento do paciente, ao evitar o trabalho terapêutico ou a terapeuta é sutil, pouco claro ou até mesmo obscurecido (Safran et al., 2011). As rupturas de evitação podem estar disfarçadas de uma conformidade ou engajamento superficial, por exemplo (Boritz et al., 2018).

O comportamento de evitação pode então ser visto como uma estratégia para regular a emoção intensa e avassaladora que é ativada no contexto da relação terapêutica (Bernecker, Levy, & Ellison, 2014). Nesse sentido, o estudo feito Cash et al., (2014) aponta que a resolução da ruptura não ocorria quando os terapeutas discutiam ou exploravam diretamente as rupturas, mas sim quando eles abordavam a ruptura indiretamente mudando sua abordagem para explorar questões que eram mais importantes para o paciente. No presente estudo, contudo, as estratégias de reparação das rupturas não foram analisadas especificamente. Não obstante, os resultados sugerem que na ausência de pistas explícitas das rupturas de evitação, a terapeuta pode ter se posicionado de forma mais passiva diante das mesmas, tendo dificuldade para identifica-las e/ou repará-las. As contribuições da terapeuta na ocorrência das rupturas a terapeuta sugerem que a terapeuta parece ignorar os marcadores de ruptura, e não estar ciente do que estava acontecendo no nível da relação, subestimando o impacto destas quebras da colaboração no processo terapêutico. Um estudo feito por Eubanks et al., (2018b) para validação das avaliações das rupturas por meio do 3R's, identificou que a contribuição do terapeuta para as rupturas é preditivo de abandono do tratamento. Além disso, a literatura destaca um aparente paradoxo no trabalho de reparação das rupturas com pacientes TPB: lidar com as rupturas

diretamente pode ser considerado excessivo e ameaçador para alguns indivíduos, embora não abordá-la diretamente pode exacerbar ainda mais a ruptura (Boritz et al., 2018).

Apesar da predominância das rupturas de evitação, as rupturas de confrontação merecem atenção. Diante destas rupturas, o paciente maioritariamente, rejeitou as intervenções do terapeuta, defendeu-se do terapeuta e se esforçou para controlar o processo terapêutico ou a terapeuta. Rupturas de confrontação ocorreram em 13 das 15 sessões do tratamento. Os avaliadores notaram ainda que, o paciente ao rejeitar as intervenções da sua terapeuta, demonstrava um tom de deboche, fazia uso de comentários sarcásticos e descrevia comportamentos agressivos. Um estudo feito por Gülüm, Soygüt, e Safran, (2018) identificou o humor sarcástico como uma terceira categoria de ruptura. O sarcasmo é uma forma sutil de comunicação agressiva, que expressa a dificuldade em verbalizar seus sentimentos sobre a terapia ou terapeuta, levando à desistência do tratamento, nas sessões posteriores.

Na fase final da psicoterapia, a diminuição das rupturas está associada à resolução destas (Eubanks et al., 2018b). Em contraste, no presente caso, as últimas sessões não constituem fase final, pois numa terapia supostamente de longo prazo o processo idealmente estaria em uma etapa intermediária (Luz, 2015). Desse modo, a diminuição da ocorrência de rupturas observada nas últimas sessões (sessões 12, 13 e 14), associada ao aumento da sua significância em termos do impacto na AT, parece denunciar uma deterioração da AT que pode ter levado à desistência do paciente em relação à terapia. Conforme descrição do PQS tais sessões foram marcadas pela discussão dos aspectos da relação terapêutica que envolviam a dimensão tarefas da AT, como sobre horários ou honorários, e sobre a dimensão vínculo que incidia sobre as dificuldades de relacionamentos interpessoais da terapia e fora dela. Dessa forma, pode-se considerar a relevância que o impacto das rupturas durante a sessão de psicoterapia.

É digno de nota que as sessões em que as rupturas tiveram maior impacto na AT tenham sido as que antecederam a última sessão, quando o paciente fala da sua decisão de interromper o tratamento. Vale destacar ainda que essas sessões foram as que menos apresentaram rupturas, e que nelas não se observaram rupturas que mostrassem expressões de autocrítica e desesperança, queixas sobre o terapeuta, sobre atividades da terapia ou progresso do tratamento. Constata-se, portanto, que inúmeras rupturas com menor importância podem anteceder rupturas com maior significância. A hipótese a ser verificada é de que a não resolução de rupturas menos significativas leve a um incremento da piora da AT culminando com o abandono.

A descrição do processo destas sessões em que as rupturas tiveram maior impacto na AT permite a avaliação mais específica sobre o contexto das rupturas na AT com maior impacto que antecede o término do tratamento, definido de modo unilateral pelo paciente. A discussão dos horários e honorários destacam que a dupla discutia aspectos relacionados às faltas e outras manifestações de problemas em aspectos do contrato. O paciente, apesar de trazer material significativo, ser ativo e compreender os comentários da terapeuta, evidenciava falta de comprometimento com o trabalho terapêutico. A falta de colaboração é um sinal característico das rupturas na AT (Eubanks et al., 2015). Nota-se ainda que não há entre os itens característicos do PQS nestas sessões (12, 13 e 14), itens que poderiam indicar o esforço do terapeuta para reparar rupturas, tais como auto-revelação (item 21), exerce ativamente o controle sobre a interação com o paciente, estrutura e/ou introduzi novos assuntos (item 17), tenta se adaptar ao paciente para melhorar a relação (item 47), explicar as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento (item 57), ou clarificar, reafirmar ou reformula a comunicação com o paciente (item 65). Isso pode sugerir alguma dificuldade da terapeuta em identificar e/ou reparar as rupturas (Safran & Muran, 2000).

Contrariamente ao que seria esperado, caso um trabalho no sentido de reparar as rupturas estivesse ocorrendo, nestas sessões, caracterizadas pela presença de rupturas de alto impacto, a análise com o PQS tampouco indicou que tenha havido exploração do relacionamento terapêutico, como discussões por interrupções ou pausar no tratamento ou término são discutidas (item 75), discussão dos objetivos do paciente no tratamento (item 4), sobre a relação terapêutica (item 98).

Portanto, o conjunto de indicadores analisados parece indicar que a dupla compartilha a responsabilidade desfecho do tratamento. As rupturas causadas por ambos e possivelmente a falha do terapeuta em identificá-las e/ou repará-las parecem ter exercido um papel importante neste processo, caracterizado pela descontinuidade das sessões, atrasos e movimentos de distanciamento do paciente, bem como por comportamentos evitativos e confrontadores por parte do paciente.

As rupturas também podem ser compreendidas como *enactments*, conceito que destaca o papel do inconsciente da relação entre paciente e terapeuta (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000). Para Safran & Kraus, (2014) as rupturas da AT são essencialmente movimentos inconscientes entre a dupla. O terapeuta fica involuntariamente envolvido no funcionamento do paciente, reencenando, assim, uma forma de relacionamento disfuncional que é característico do paciente. Tais processos, quando não se tornam conscientes e alvo do trabalho terapêutico obstruem o desenvolvimento de um bom processo terapêutico. Por outro lado, a consciência do terapeuta sobre as flutuações contínuas na qualidade na AT pode apresentar oportunidades valiosas para mobilizar o processo de mudança no paciente.

A fase inicial ou de abertura do tratamento pode ser mais longa na terapia com pacientes com TPB, tendo em vista a necessidade de exploração das rupturas que podem interferem no estabelecimento e manutenção da AT. Além disso, torna-se importante a

necessidade do cultivo da AT como o principal objetivo no tratamento, a adaptação da psicoterapia às características do paciente e o constante monitoramento sobre as oscilações da AT. A postura flexível e empática do terapeuta é essencial para lidar com as rupturas tanto com as rupturas de evitação como de confrontação.

Destaca-se a necessidade de prudência a interpretação dos dados tendo em vista as limitações deste estudo. O estudo foi exploratório. A codificação das rupturas da AT foi realizada pelo manual 3R's, que não apresenta categorias para avaliação e codificação das rupturas provocadas pelo terapeuta. A avaliação da medida de microprocesso envolveu somente na perspectiva do paciente. Embora, os juízes tenham recebido treinamento e obtido concordância substancial, não se sabe até que ponto a codificação é consistente com a codificação 3R's padrão ouro.

No item “contribuição do terapeuta para as rupturas” foi apenas identificada a frequência em que o terapeuta exacerbou ou contribuiu para as rupturas. A avaliação das reparações da AT, que não foi alvo deste estudo, poderia esclarecer melhor o comportamento oscilatório da AT ao longo do tratamento.

Em estudos futuros sugere-se a inclusão da codificação das estratégias que os terapeutas podem usar para identificar e resolver efetivamente as rupturas da AT. Além disso sugere-se o exame das rupturas e reparações da AT em casos múltiplos, com diferentes psicopatologias e desfechos, bem como estudos que avaliem as diferenças na natureza e no valor preditivo das rupturas precoces e posteriores.

Conclusão

Esse estudo ofereceu hipóteses empiricamente sustentadas sobre o abandono precoce da terapia por parte de um paciente *borderline*. O estudo revelou um processo permeado de muitas rupturas desde o início. Estas rupturas foram aumentando,

primeiramente em número e, após, em intensidade, culminando na sessão em que o paciente comunica o abandono. A terapeuta contribuiu para a ocorrência ou aumento das rupturas. Suas ações e intervenções apresentavam como foco os problemas do paciente, mas não da relação terapêutica. Em conjunto, estes fatores parecem ter relação com o abandono. No entanto, considerando as limitações do delineamento meramente descritivo e da ausência de análise específica no nível microprocessual das estratégias de resolução das rupturas, essa hipótese não foi testada.

Não obstante, o estudo apresenta contribuições para a clínica ao trazer para discussão e análise o papel relacionamento terapêutico no processo de mudança e desfecho da psicoterapia. A teoria psicanalítica contemporânea enfatiza a influência mútua entre terapeuta e paciente e valoriza a autenticidade, flexibilidade e espontaneidade do terapeuta. A AT neste contexto, adquire um papel central e não apenas de suporte para a etapa inicial do tratamento. Com pacientes com transtornos da personalidade, como o *borderline*, que tipicamente apresenta dificuldades no desenvolvimento da aliança, o foco nesta dificuldade parece ser fundamental ao processo. Trabalhar as rupturas da aliança (isto é, antecipá-las, identifica-las e repará-las) pode proporcionar aos pacientes oportunidades de aprender a negociar a tensão entre as suas próprias dificuldades e necessidade de ajuda versus as dificuldades e necessidades do relacionamento terapêutico de uma maneira nova e mais construtiva.

Dada a evidência empírica indicando que a AT é um ingrediente crítico de mudança em diversas formas de terapia, parece importante desenvolver um corpo de pesquisa bem articulado de conhecimento relevante sobre medidas microprocessuais da AT. Este estudo é o primeiro desenvolvido no país a utilizar uma abordagem baseada em observadores externos para avaliação microprocessual das rupturas da AT, e explorar como esses processos se desdobram ao longo do tempo na terapia. Outros estudos deverão

contribuir futuramente para a ampliação deste tipo de investigação no país. Investigações nacionais e internacionais de outros casos individuais, bem como estudos de casos múltiplos e comparativos sobre estes microprocessos em pacientes com distintos diagnósticos, desfechos e abordagens terapêuticas poderão futuramente trazer mais luz sobre a complexa questão da contribuição do relacionamento terapêutico e da aliança para a adesão, abandono, sucesso e/ou insucesso da psicoterapia.

Referências

- Arnou, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., ... Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders, 97*(1–3), 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017>
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The Efficacy of Cognitive–Behavioral Therapy and the Problem of Drop-Out. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 585–592. <https://doi.org/10.1002/jclp>
- Barcellos, M. ., Cardon, L., & Kieling, C. (2018). Evidências em Psicoterapia. In A. . Cordioli & E. H. Grevet (Eds.), *Psicoterapia. Abordagens Atuais* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C., Spitzer, C., Kronmüller, K., & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.003>
- Benjamin, L. . (1993). *Diagnosis and treatment of personality disorders: A structural approach*. (G. Press, Ed.). New York.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(3), 395–418. <https://doi.org/10.1348/147608305X58355>
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research, 24*(1), 12–24. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.809561>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working

- alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks, C. F., & McMains, S. (2018). Alliance Rupture and Resolution in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(Supplement), 115–128.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.suppl.115>
- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. . Person, A. . Cooper, & G. . Gabbard (Eds.), *Compêndio de Psicanálise* (1st ed., pp. 320–336). Porto Alegre: Artmed.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. . (2008). *Psicoterapia dinâmicas das patologias leves da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Cash, S. K., Hardy, G. E., Kellett, S., & Parry, G. (2014). Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(2), 132–145.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.838652>
- Coady, N. (1991). Therapist Interpersonal Processes and Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy. *Research on Social Work Practice*, 1(2), 122–138.
- Cooper, A. A., & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Cordioli, A. ., & Grevet, E. H. (2018). *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). Comparing two methods of identifying alliance rupture events. *Psychotherapy*, 51(3), 434–442.
<https://doi.org/10.1037/a0032171>
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going?

- Psychotherapy Research*, 26(2), 146–163.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Doran, J. M., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2017). An Investigation of the Relationship Between the Alliance Negotiation Scale and Psychotherapy Process and Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 449–465. <https://doi.org/10.1002/jclp.22340>
- Edwards, D. J. . (2007). Collaborative Versus Adversarial Stances in Scientific Discourse: Implications for the Role of Systematic Case Studies in the Development of Evidence-Based Practice in Psychotherapy. 2007, 3, 6–34.
<https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.892>
- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2014). Alliance-focused training. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 52(2), 169–173.
<https://doi.org/10.1037/a0037596>
- Eubanks, C. C., Lubitz, J., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018a). Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation. *Psychotherapy Research*, 0(January), 1–16. <https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. *ResearchGate*, (January), 1–16.
<https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Eubanks, C. F., Sinai, M., Israel, B., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018b). Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Association*, 55(4), 508–519.
<https://doi.org/10.1037/pst0000185.supp>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*.
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud, S. (1913). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de

- Sigmund Freud. In *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (12th ed.). Rio de Janeiro: Imago.
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2017). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(1), 84–104. <https://doi.org/10.1111/papt.12097>
- Gomes, F. G. (2015). Aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In S. EIZIRIK, Cláudio L; AGUIAR, Rogério W; SCHESTATSKY (Ed.), *Psicoterapia de orientação analítica : fundamentos teóricos e clínicos* (3rd ed., pp. 238–248). Porto Alegre: Artmed.
- Gülüm, İ. V, Soygüt, G., & Safran, J. D. (2018). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. Department of Psychology, Hacettepe University, Ankara, Turkey: Routledge. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, *38*(4), 365–372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- Horvath, A. O., Re, A. C. Del Re, & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy, *48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. New Jersey: Aronson.
- Kernberg, O. (2012). *The Inseparable Nature of Love and Aggression: Clinical and Theoretical Perspectives*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Koons, C. K., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Mogs, J. Q., ... Bastian, L. A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women

- Veterans With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 411–416.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008>
- Lambert, M. . (2004). *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy & behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Landis, R. ., & Koch, G. (1977). An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers Author (s): J . Richard Landis and Gary G . Koch Published by : International Biometric Society Stable URL : <https://www.jstor.org/stab>. *Biometrics*, 33(2), 363–374.
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Zachary Rosenthal, M. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 193–205. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011a). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 453–461.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011b). Seminar Borderline personality disorder, 377, 74–84.
- Linehan, M. ., Cintis, K. A., Murray, A. ., Brown, M. Z., Gallop, R. ., HL, H., ...
- Lindernboim, N. (2007). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder (Archives of General Psychiatry (2006) 63, 79, (757-766)). *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 757–766.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1401>

- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus Comprehensive Validation Therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *67*(1), 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Luz, A. B. (2015). Fases da Psicoterapia. In C. L. Eizirik, R. W. de Aguiar, & S. S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Madeddu, F., Aquaro, P., & Preti, E. (2012). Psicoterapia per il disturbo borderline di personalit??: Revisione della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati. *Journal of Psychopathology*, *18*(3), 196–209.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder.[Erratum appears in Am J Psychiatry. 2010 Oct;167(10):1283]. *American Journal of Psychiatry*, *166*(December), 1365–1374.
- <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *(9)*, 21–25. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000665>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks, C. C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality

- disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248.
<https://doi.org/10.1037/a001608>
- Owen, J., & Hillsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 384–389.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd28a>
- Pessota, C. ., Feijó, L. ., Costa, C. P., & Benetti, S. P. . (2018). Características sociodemográficas e clínicas do abandono inicial em psicoterapia psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(2), 1–16. <https://doi.org/10.5935/2318-0404>.
- Ribeiro, E., Coutinho, J., Sousa, Z., & Machado, C. (2011). Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XIII(1), 71–86.
Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452011000100006&script=sci_arttext&tlng=es
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks, C. C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0011>
- Safran, J. D. (1993). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), 33–49. <https://doi.org/10.1037/h0101190>
- Safran, J. D., Israel, B., & Einstein, A. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness ?, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A

- relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387.
<https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., Muran, C. J., & Proskurov, B. (2009). Alliance, Negotiation and Rupture Resolution. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between Science and Practice*, 201–225.
<https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. ., & Stevens, C. (2002). Reaping alliance rupture. In *Psychotherapy relationship the work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235–254). New York: Oxford University Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*, (July 2015), 225–255. Retrieved from
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1994-97518-010%5Cnhttp://jabega.uma.es:4550/resserv?sid=SP:psycdb&id=pmid:&id=&issn=&isbn=0-471-54640-2&volume=&issue=&spage=225&pages=225-255&date=%3Cp010/%3E&title=&atitle=Res>
- Samstag, L. W., Muran, J. C., Wachtel, P. L., Slade, A., Safran, J. D., & Winston MD,

- A. (2008). Evaluating Negative Process: A Comparison of Working Alliance, Interpersonal Behavior, and Narrative Coherency Among Three Psychotherapy Outcome Conditions. *American Journal of Psychotherapy*, 62(2), 165–194. Retrieved from http://ezproxy.fiu.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/1441834817?accountid=10901%0Ahttp://resolver.ebscohost.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Asocscijournals&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:j
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(1), 44–55. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100011>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501–510. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/10.pdf>
- Shedler, J., & Westen, A. (1998). Refining the Measurement of Axis II: A Q-Sort Procedure for Assessing Personality Pathology, 5(4), 333–353.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936–950. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0)
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.104>

- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy : A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Tanesei, P. H. V., Yazigi, L., Fiore, M. L. M., & Pitta, J. C. . (2007). Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia, 12*(1), 71–78.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and Assessing Axis II, Part I: Developing a Clinically and Empirically Valid Assessment Method. *American Journal of Psychiatry, (2)*, 258–272. <https://doi.org/10.1016/j.desal.2014.06.029>
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A Prototype Matching Approach to Diagnosing Personality Disorders: Toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 14*(2), 109–126.
- Zilcha-Mano, S., Christopher Muran, J., Eubanks, C. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). When therapist estimations of the process of treatment can predict patients rating on outcome: The case of the working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(4), 398–402. <https://doi.org/10.1037/ccp0000293>

Considerações Finais

Esta dissertação foi composta por dois estudos que tinham como objetivo contribuir para o desenvolvimento da pesquisa em psicoterapia, com foco na avaliação microprocessual da aliança terapêutica, por meio do *instrumento Rupture Resolution Rating System (3R's)*. A dissertação introduziu e inaugurou no Brasil a avaliação microprocessual da AT através do sistema 3R's.

O artigo teórico, apresentou os conceitos de rupturas e reparações da AT e a sua sistematização, incluindo as subcategorias de rupturas, a avaliação do grau de impacto de cada marcador, a avaliação global do impacto das rupturas, a avaliação da contribuição do terapeuta para as rupturas, bem como as estratégias de reparação que o terapeuta pode utilizar e o grau de resolutividade. O segundo artigo aplicou o sistema de avaliação microprocessual da AT, por meio do 3R's, em um caso um paciente diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline que abandonou a psicoterapia de orientação psicanalítica, na 15ª sessão. O estudo produziu hipóteses compreensivas sobre o abandono precoce do tratamento, incluindo número de rupturas, o progressivo aumento da intensidade destas ao longo das sessões e a contribuição da terapeuta para as rupturas da AT.

A dissertação apresenta contribuições para a clínica e para a pesquisa em psicoterapia ao trazer para discussão e análise o papel relacionamento terapêutico no processo de mudança e desfecho da psicoterapia. Mostra também a importância de os terapeutas assumirem uma postura diferenciada diante dos pacientes *borderline*, que exigem que o terapeuta monitore constantemente a AT. As rupturas da AT são um fenômeno previsível em qualquer psicoterapia, e, portanto, aprender a antecipar, negociar e reparar as rupturas pode ser uma importante estratégia de mudança terapêutica.

A dissertação sugere ainda o grande potencial, ainda não explorado no contexto brasileiro, do uso do 3R's para o treinamento de terapeutas para que estes possam desenvolver habilidades clínicas de identificação e manejo de flutuações na AT. Estas habilidades são especialmente importantes com os chamados pacientes difíceis, como os com Transtorno de Personalidade *borderline*.

O interesse em ampliar a discussão sobre a pesquisa em psicoterapia, com foco na pesquisa de processo emergiu da minha prática clínica profissional, instigada em um primeiro momento pelo trabalho que realizei no meu Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia, sobre medidas de avaliação da efetividade na psicoterapia. No entanto, desejava conhecer, compreender e analisar o que acontece entre a dupla (paciente e terapeuta). Os estudos teóricos realizados, o treinamento e aplicação do 3R'S, bem como a condução do estudo empírico que compõe esta dissertação contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto acadêmica e psicoterapeuta.

Concluo esta dissertação ressaltando que a pesquisa em psicoterapia no Brasil ainda é um campo pouco desenvolvido e a avaliação microprocessual por meio do 3R's possibilita o exame de um aspecto central do relacionamento terapêutico, aproximando a pesquisa e a prática clínica. O sistema 3R's permite o desenvolvimento da capacidade dos terapeutas de reconhecer, tolerar e negociar rupturas da AT e realizar as reparações.

Os terapeutas que realizaram o treinamento com o 3R's mostram-se mais sensíveis à ocorrência de alianças rupturas e melhor capaz de detectá-los em situações onde eles podem ter escapado anteriormente à observação. Este é um campo que ainda inexplorado na realidade brasileira, tendo em vista que os cursos de formações não oportunizam treinamento específico de habilidades focadas na aliança. Neste sentido, acredito que estudos empíricos com o sistema 3R's poderão servir de guia para a proposição de

módulos de treinamento para o monitoramento da AT como processo dinâmico, adequados ao contexto nacional.

Referências da Dissertação

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Arnou, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., ... Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders, 97*(1–3), 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017>
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The Efficacy of Cognitive–Behavioral Therapy and the Problem of Drop-Out. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 585–592. <https://doi.org/10.1002/jclp>
- Baker, T., McFall, R., & Shoham, V. (2009). Is your therapist a little behind the times? *Washington Post*, 13–15.
- Barcellos, M. ., Cardon, L., & Kieling, C. (2018). Evidências em Psicoterapia. In A. . Cordioli & E. H. Grevet (Eds.), *Psicoterapia. Abordagens Atuais* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C., Spitzer, C., Kronmüller, K., & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.003>
- Benjamin, L. . (1993). *Diagnosis and treatment of personality disorders: A structural approach*. (G. Press, Ed.). New York.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(3), 395–418. <https://doi.org/10.1348/147608305X58355>
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research, 24*(1), 12–24. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.809561>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychoterapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260.
- Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks, C. F., & McMMain, S. (2018). Alliance Rupture and Resolution in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 32*(Supplement), 115–128. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.sup.115>
- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. . Person, A. . Cooper, & G. . Gabbard (Eds.), *Compêndio de Psicanálise* (1st ed., pp. 320–336). Porto Alegre: Artmed.

- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. . (2008). *Psicoterapia dinâmicas das patologias leves da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Cash, S. K., Hardy, G. E., Kellett, S., & Parry, G. (2014). Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research, 24*(2), 132–145. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.838652>
- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2018). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research, 28*(4), 560–570. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1227104>
- Coady, N. (1991). Therapist Interpersonal Processes and Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy. *Research on Social Work Practice, 1*(2), 122–138.
- Cooper, A. A., & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review, 40*, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Cordioli, A. ., & Grevet, E. H. (2018). *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). Comparing two methods of identifying alliance rupture events. *Psychotherapy, 51*(3), 434–442. <https://doi.org/10.1037/a0032171>
- Daly, A.-M., Llewelyn, S., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2010). Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(3), 273–288. <https://doi.org/10.1348/147608309X481036>
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J. A., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy, 47*(4), 427–441. <https://doi.org/10.1037/a0021181>
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research, 26*(2), 146–163. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Doran, J. M., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2017). An Investigation of the Relationship Between the Alliance Negotiation Scale and Psychotherapy Process and Outcome. *Journal of Clinical Psychology, 73*(4), 449–465. <https://doi.org/10.1002/jclp.22340>
- Edwards, D. J. . (2007). Collaborative Versus Adversarial Stances in Scientific Discourse: Implications for the Role of Systematic Case Studies in the Development of Evidence-Based Practice in Psychotherapy. *2007, 3*, 6–34. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.892>
- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2014). Alliance-focused training. *Psychotherapy Theory Research Practice Training, 52*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>

- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy, 52*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>
- Eubanks, C. C., Lubitz, J., Muran, J. ., & Safran, J. D. (2018a). Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation. *Psychotherapy Research, 0*(January), 1–16. <https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. *ResearchGate*, (January), 1–16. <https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Eubanks, C. F., Sinai, M., Israel, B., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018b). Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Association, 55*(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185.supp>
- Eubanks, C. C., Muran, J. C., & Safran, J. D. . (2010). Alliance Ruptures and Resolution. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice* (1st ed., Vol. 1, pp. 74–94). New York: The Guildford Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy, 1*(2), 1–25. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Wampold, B. ., & Horvath, A. . (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy : A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy, 1*(2), 1–25. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud, S. (1913). Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. In *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (12th ed.). Rio de Janeiro: Imago.
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2017). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(1), 84–104. <https://doi.org/10.1111/papt.12097>
- Gomes, F. G. (2015). Aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In S. Eizirik, Cláudio L; Aguiar, Rogério W; Schestatsky (Ed.), *Psicoterapia de orientação analítica : fundamentos teóricos e clínicos* (3rd ed., pp. 238–248). Porto Alegre: Artmed.
- Gülüm, V., Soygüt, G., & Safran, J. D. (2018). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 28*(5), 685–707. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry, 166*(May), 530–539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Hauck, S., Krueh, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., ... Ceitlin, L. H. F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul, 29*(3), 265–273. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300005>

- Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, (73), 3–11.
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2011). How to Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in Your Clinical Work. In R. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 361–380). New York: Humana Press.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38(4), 365–372.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258–263.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O., Re, A. C. Del Re, & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. New Jersey: Aronson.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2015). Desistência e Conclusão em Psicoterapia Psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil*. *Rev. Bras. Psicoter.*, 17(1), 25–40.
- Kernberg, O. . (2012). *The Inseparable Nature of Love and Aggression: Clinical and Theoretical Perspectives*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koons, C. K., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Mogs~, J. Q., ... Bastian, L. A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)
- Krause, M. (2011). La Psicoterapia : ¿ O cio sin Ciencia y Ciencia sin O cio ?*. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 89–98. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.1.0103>
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 411–416.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008>

- Lambert, M. . (2004). *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy & behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Landis, R. ., & Koch, G. (1977). An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers Author (s): J . Richard Landis and Gary G . Koch Published by : International Biometric Society Stable URL : <https://www.jstor.org/stab>. *Biometrics*, 33(2), 363–374.
- Larsson, M. H., Falkenström, F., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2016). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy Research*. Department of Psychiatry, Linköping University, Linköping, Sweden: Routledge. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174345>
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Zachary Rosenthal, M. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 193–205. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011a). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 453–461.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011b). Seminar Borderline personality disorder, 377, 74–84.
- Levy, K. ., Clarkin, J. ., Yeomans, E., Scott, L. ., Wasserman, R. ., & Kernberg, O. . (2006). The Mechanisms of Change in the Treatment of Borderline Personality Disorder With Transference Focused Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481–501. <https://doi.org/10.1002/jclp.20239>
- Linehan, M. ., Cintis, K. A., Murray, A. ., Brown, M. Z., Gallop, R. ., HL, H., ... Lindernboim, N. (2007). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder (Archives of General Psychiatry (2006) 63, 79, (757-766)). *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1401>
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus Comprehensive Validation Therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of Session Process: Relationship to Depth and Alliance. *Psychotherapy*, 48(4), 391–400. <https://doi.org/10.1037/a0025248>
- Locati, F., Rossi, G., & Parolin, L. (2017). Interactive dynamics among therapist interventions, therapeutic alliance and metacognition in the early stages of the psychotherapeutic process. *Psychotherapy Research*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1314041>
- Luz, A. B. (2015). Fases da Psicoterapia. In C. L. Eizirik, R. W. de Aguiar, & S. S.

- Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Madeddu, F., Aquaro, P., & Preti, E. (2012). Psicoterapia per il disturbo borderline di personalit??: Revisione della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati. *Journal of Psychopathology*, *18*(3), 196–209.
- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, *25*(1), 20–29. <https://doi.org/10.1037/a0038768>
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder.[Erratum appears in Am J Psychiatry. 2010 Oct;167(10):1283]. *American Journal of Psychiatry*, *166*(December), 1365–1374. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *(9)*, 21–25. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000665>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks, C. C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(2), 233–248. <https://doi.org/10.1037/a001608>
- Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks, C. C. (2010). Developing Therapist Abilities to Negotiate Alliance Ruptures. *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*, (May 2017), 320–340.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., ... Parazak, S. E. (2018). Therapeutic alliance , empathy , and genuineness in individual adult psychotherapy : A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, *28*(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Oliveira, N. H., & Da Cruz Benetti, S. P. (2015). Therapeutic alliance: Establishment, maintenance and disruption of relationship . *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *67*(3), 125–138. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84964655197&partnerID=40&md5=a583b6eb5838b1fed4ec4997cbc0ff0c>
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(6), 384–389. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd28a>
- Pessota, C. ., Feijó, L. ., Costa, C. P., & Benetti, S. P. . (2018). Características sociodemográficas e clínicas do abandono inicial em psicoterapia psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, *20*(2), 1–16. <https://doi.org/10.5935/2318-0404>.

- Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises? *Contextos Clínicos*, *10*(1), 130–143. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.10>
- Ribeiro, E., Coutinho, J., Sousa, Z., & Machado, C. (2011). Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *XIII*(1), 71–86. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452011000100006&script=sci_arttext&tlng=es
- Richardson-Vejlgaard, R., Broudy, C., Brodsky, B., Fertuck, E., & Stanley, B. (2013). Predictors of psychotherapy alliance in Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Research*, *23*(5), 539–546. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.801001>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, *23*(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Roten, Y., & Michel, L. (2013). Regards croisés sur l'évolution de la relation thérapeutique au cours d'une psychothérapie psychodynamique brève. [Diverse perspectives on the evolution of the therapeutic alliance within a psychodynamic psychotherapy.]. *Psychothérapies*, *33*(1), 55–62. <https://doi.org/10.3917/psys.131.0055>
- Sadikaj, G., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J. (2010). Affect dysregulation in individuals with borderline personality disorder: Persistence and interpersonal triggers. *Journal of Personality Assessment*, *92*(6), 490–500. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513287>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks, C. C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*. Safran, Jeremy D.: Psychology Department, New School for Social Research, 80 Fifth Avenue, 7th floor, New York, NY, US, 10011, safran@newschool.edu: Educational Publishing Foundation. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D. (1993). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, *3*(1), 33–49. <https://doi.org/10.1037/h0101190>
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *27*(2), 154–165. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.154>
- Safran, J. D., Israel, B., & Einstein, A. (2006). Has The Concept Of The Therapeutic Alliance Outlived Its Usefulness ?, *43*(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, *51*(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>

- Safran, J. D., Muran, C. J., & Proskurov, B. (2009). Alliance, Negotiation and Rupture Resolution. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between Science and Practice*, 201–225. <https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5>
- Safran, J. D., & Muran, J.C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. ., & Stevens, C. (2002). Reaping alliance rupture. In *Psychotherapy relationship tha work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235–254). New York: Oxford University Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks, C. C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*, (July 2015), 225–255. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1994-97518-010%5Cnhttp://jabega.uma.es:4550/resserv?sid=SP:psycdb&id=pmid:&id=&issn=&isbn=0-471-54640-2&volume=&issue=&spage=225&pages=225-255&date=%3Cp010/%3E&title=&title=Res>
- Samstag, L. W., Muran, J. C., Wachtel, P. L., Slade, A., Safran, J. D., & Winston M.D, A. (2008). Evaluating Negative Process: A Comparison of Working Alliance, Interpersonal Behavior, and Narrative Coherency Among Three Psychotherapy Outcome Conditions. *American Journal of Psychotherapy*, 62(2), 165–194. Retrieved from http://ezproxy.fiu.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/1441834817?accountid=10901%0Ahttp://resolver.ebscohost.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Asocscijournals&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:j
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(1), 44–55. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100011>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501–510. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/10.pdf>

- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy, 47*(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Shedler, J., & Westen, A. (1998). Refining the Measurement of Axis II: A Q-Sort Procedure for Assessing Personality Pathology, *5*(4), 333–353.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry, 51*(12), 936–950. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0)
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.104>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy : A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A Treatment by disorder meta-analysis of dropout from Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*(3), 193–207. <https://doi.org/10.1037/a0037512>
- Tanesei, P. H. V., Yazigi, L., Fiore, M. L. M., & Pitta, J. C. . (2007). Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia, 12*(1), 71–78.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and Assessing Axis II, Part I: Developing a Clinically and Empirically Valid Assessment Method. *American Journal of Psychiatry, (2)*, 258–272. <https://doi.org/10.1016/j.desal.2014.06.029>
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A Prototype Matching Approach to Diagnosing Personality Disorders: Toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 14*(2), 109–126.
- Zilcha-Mano, S. (2017a). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist, 72*(4), 311–325. <https://doi.org/10.1037/a0040435>
- Zilcha-Mano, S. (2017b). Resolution of alliance ruptures: The special case of animal-assisted psychotherapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22*(1), 34–45. <https://doi.org/10.1177/1359104516671385>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J.C, Eubanks, C. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). When therapist estimations of the process of treatment can predict patients rating on outcome: The case of the working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(4), 398–402. <https://doi.org/10.1037/ccp0000293>