

Avaliação da mudança em psicanálise  
através do método *Core Conflictual Relationship theme*  
(CCRT) – Estudo de caso sistemático

Ana Isabel Manta Salgado

**Orientador de Dissertação:**

Professor Doutor António Pazo Pires

**Coordenador de Seminário de Dissertação**

Professor Doutor António Pazo Pires

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Ao Professor Doutor António Pires por ter orientado, motivado e confiado na realização deste trabalho.

À minha família, namorado e amigos por fazerem parte da minha vida e estarem presentes nos bons e nos maus momentos.



## ÍNDICE

<b>REVISÃO DE LITERATURA – INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA: PROCESSOS, PRODUTOS E FACTORES DE MUDANÇA.....</b>	<b>1</b>
INTRODUÇÃO.....	5
INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA.....	6
INVESTIGAÇÃO DE PROCESSOS E PRODUTOS.....	10
ALIANÇA TERAPEUTICA.....	13
CONFLITO.....	18
CCRT.....	23
CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
<b>ARTIGO EMPÍRICO – AVALIAÇÃO DA MUDANÇA EM PSICANÁLISE ATRAVÉS DO MÉTODO <i>CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME (CCRT)</i> – ESTUDO DE CASO SISTEMÁTICO.....</b>	<b>32</b>
NOTA.....	35







## **REVISÃO DE LITERATURA**

Investigação em psicoterapia:  
processos, productos e factores de mudança.



## RESUMO

A revisão de literatura apresentada centrou-se na evolução da investigação em psicoterapia ao longo do tempo. Pretendeu-se perceber o estado da arte ao nível da investigação em psicoterapia, nomeadamente a investigação ao nível dos processos (aliança terapêutica e conflito) e dos produtos (eficácia e resultados), com o objectivo de perceber o trabalho que foi realizado até à actualidade bem como as lacunas ainda existentes. Por outro lado procurou-se aprofundar e sistematizar conhecimentos, mais concretamente, na área de investigação em psicoterapia psicanalítica.

Este capítulo, para além de se constituir como uma revisão de literatura neste vasto campo de investigação serviu também de base para o desenvolvimento de um trabalho empírico de cariz qualitativo sobre a avaliação da mudança nos conflitos básicos ao longo de uma psicanálise.

Palavra-chave: investigação em psicoterapia, investigação em processos e produtos, aliança terapêutica, conflito.

## **ABSTRACT**

The literature revision presented was centered in the evolution of the investigation in psychotherapy along the time. We intended to notice the state of the art at the level of the investigation in psychotherapy, namely the investigation at the level of the processes (therapeutic alliance and conflict) and of the product (effectiveness and outcome), with the objective of noticing the work the was accomplished to the present time as well as the gaps still existent. On the other hand, we tried to deepen and to systematize knowledge, more concretely, in the investigation area in psychoanalytic psychotherapy.

This capter, for besides constituting as a literature revision in this vast investigation field, it also served of base for the development of a qualitative empiric work about the evaluation of the change in the basic conflits along psychoanalysis.

Password: psychotherapy research, processes and products research, therapeuthic alliance, conflict.

## INTRODUÇÃO

A investigação científica em psicoterapia é um campo relativamente recente iniciado no princípio do século XX. Tem passado por consideráveis obstáculos e controvérsias, mas é igualmente uma área de estudo que tem sofrido inúmeros desenvolvimentos nas últimas décadas (Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004 cit. por Sousa, 2006). Apesar dos avanços, continua a ser espaço de controvérsias envolvendo argumentos científicos, sociais, políticos e económicos.

Tendo em conta a proliferação de teorias, métodos terapêuticos, estratégias, intervenções, torna-se relevante para o psicólogo tentar perceber de que forma é que estas intervenções, no seio de um contexto terapêutico, são eficazes e porquê. Para isso, a investigação em psicoterapia tem incidido, mais recentemente, no estudo de duas áreas específicas e suas relações: processos e produtos. Naturalmente, estes dois aspectos das psicoterapias podem ser diferenciados, uma vez que a investigação pode, focar-se nas interações e respostas que ocorrem ao longo de uma sessão terapêutica – *process research*, ou centrar-se na avaliação dos resultados, eficácia ou eficiência de determinada psicoterapia – *outcome research* (Garfield, 1990; Sirigatti, 2004).

Sousa (2006) refere-se aos factores que contribuem para os bons resultados de uma psicoterapia, afirmando que 30% dos factores ficaram conhecidos na literatura como factores comuns. São aspectos que estão sobretudo presentes na relação, independente da orientação teórica do terapeuta. A qualidade da relação terapêutica é assim o aspecto crucial. Outros factores (15%) prendem-se com as técnicas específicas como por exemplo a interpretação na transferência em psicanálise. No entanto, as técnicas específicas e os factores comuns não parecem ser mutuamente exclusivas, logo para aplicação de determinadas técnicas será necessária haver uma boa aliança terapêutica.

## INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

De um modo muito simplista, pode falar-se de psicoterapia como uma relação entre pessoas, estabelecida entre um ou mais indivíduos, que tem como objectivo uma assistência especial para melhorar funcionamento dos indivíduos enquanto pessoas, juntos com um ou mais indivíduos definidos como capazes de devolver tal ajuda especial.

Bibring (1954) fez uma tentativa para esquematizar os conceitos básicos da psicoterapia, os quais são designados princípios e procedimentos terapêuticos e são considerados aplicáveis a todos os métodos psicoterapêuticos, independentemente das suas ideologias ou sistemas teóricos. O autor fez a distinção entre aplicação "técnica" e "curativa" dos princípios, referindo que o termo "terapêutico" inclui as técnicas bem como os aspectos curativos do processo de tratamento. Refere-se a técnicas como ao comportamento verbal ou não verbal, mais ou menos tipificado, por parte do terapeuta que pretende afectar o paciente na direcção das metas do tratamento. Estas podem ser distinguidas em cinco grupos de técnicas básicas: a) sugestivas; b) *abreactive*; c) manipulativas d) de clarificação e e) técnicas interpretativas. Refere-se a "agentes curativos" como as forças psíquicas do paciente trazidas pelas técnicas correspondentes e que, em troca, constituem ou originam essas mudanças designadas efeitos curativos. Assim, as técnicas sugestivas resultam na sugestão (no sentido de induzir convicções/crenças irracionais); as técnicas *abreactive* provocam o alívio de tensão aguda através de uma descarga emocional; as medidas manipulativas correspondem a um número de agentes curativos os quais podem ser descritos pela expressão "aprender com a experiência"; e por último as técnicas de clarificação e interpretação que produzem os correspondentes tipos de *insight*, o qual designa *insight* tanto para a clarificação como para a interpretação.

Os princípios são suplementados pelos processos e procedimentos que constituem o decurso total do processo de tratamento e representam conceitos mais complexos. Embora eles estejam relacionados intimamente, parece possível distinguir quatro tipos principais de operações terapêuticas: a) a produção de material; b) a utilização do material produzido, (principalmente) pelo terapeuta e/ou pelo paciente; c) a assimilação pelo paciente dos resultados de tal utilização; e d) os processos de reorientação e reajustamento.

Segundo Leichsenring & Leibing (2007), na prática clínica, a psicoterapia psicodinâmica é um dos métodos mais utilizados (Goisman, Warshaw, & Keller, 1999). Os autores afirmam que a psicoterapia psicodinâmica pode ser de curta-duração (tempo limitado) bem como de longa duração (tratamento em aberto). A de longa duração, na qual a duração do tratamento não é uma prioridade, não é a mesma coisa que psicoterapia ilimitada. Os tratamentos de curta-duração têm tempo limitado, normalmente entre 7 e 24 sessões (Gabbard, 1994; Messer, 2001 in Leichsenring & Leibing, 2007). A duração dos tratamentos de longa-duração abrange um período de alguns meses a vários anos (Gabbard, 2004; Luborsky, 1984 in Leichsenring & Leibing, 2007).

Uma psicanálise deve promover a eliminação dos sintomas; o aumento da produtividade; a melhoria na adaptação e prazer na vida sexual; a melhoria na qualidade das relações interpessoais, tornando-as menos ambivalentes, mais consistentes e leais e por fim a aquisição do *insight* necessário para lidar com os conflitos psicológicos banais (Knight, 1941, in Werman, 1989).

O principal objectivo de uma psicanálise de sucesso é, na perspectiva de diversos autores incluindo Werman (1989), uma mudança na estrutura psíquica, trazida pela resolução da neurose infantil e do conflito nuclear do paciente. O conflito básico é o típico resíduo inconsciente de um conflito maior e mais precoce ou um trauma, sendo que sob a influência de conflitos não resolvidos, a pessoa vai agir como se reparasse uma falha (Sandell, 1997b).

Deste modo, a mudança estrutural deve ser entendida como a dissolução de estruturas rígidas defensivas, a favor de atitudes mais abertas, flexíveis e tolerantes (Sandell, 1997b), resultando num carácter mais sólido e permanente, menos vulnerável a um futuro ambiental adverso (Wallerstein, 2003). De um modo geral, as investigações têm confirmado os efeitos positivos das terapias de longa duração de orientação psicanalítica, ao nível da qualidade das relações de objecto e das auto-representações do paciente (Arnold, Farber & Geller, 2000), dos problemas interpessoais (Gaston et al., 1994, in Luborsky, 2001) e das atitudes relativas ao próprio (Luborsky, 2001). Melhorias mesmo após o término da terapia também lhes têm sido atribuídas (Leichsenring, et al., 2005), sendo que a psicanálise se tem destacado pelos seus efeitos mais profundos e mais permanentes (Sandell, 2001; Luborsky, 2001).

Para Leichsenring & Leibing (2007) é evidente que o resultado da psicoterapia psicodinâmica que está mais significativamente relacionado com as técnicas psicoterapêuticas é a perícia do terapeuta: a “pureza” da técnica; a precisão da interpretação e a entrega competente das técnicas interpretativas predisseram significativamente o resultado de psicoterapia psicodinâmica. Estas descobertas sugerem que as técnicas específicas da psicoterapia psicodinâmica (ex: prestar atenção) influenciam o resultado da psicoterapia. Contudo, segundo os autores, outros factores contribuem para o resultado, como por exemplo, variáveis do paciente como a saúde-doença psicológica ou factores não específicos. Além disso, há evidências para uma interacção de técnica, resultado e variáveis do paciente. Por exemplo, a frequência das interpretações de transferência na psicoterapia psicodinâmica de curta duração parece estar associada tanto com um resultado pobre como com uma aliança terapêutica pobre em pacientes com perturbações mais severas. Estes pacientes parecem beneficiar mais de intervenções de suporte. Pesquisas posteriores deveriam concentrar-se nas interações complexas entre intervenções, nível de funcionamento do paciente, aliança

terapêutica estabelecida e resultados (Luborsky, Barber, & Crits-Christoph, 1990 in Leichsenring & Leibing, 2007).

Gabbard (2005) refere que, na base da terapia psicodinâmica se destacam vários princípios básicos, tais como: grande parte da vida mental é inconsciente; as experiências infantis juntamente com os factores genéticos formam o adulto; a transferência do paciente ao terapeuta é uma fonte básica de compreensão; a contratransferência do terapeuta oferece uma compreensão valiosa sobre o que o paciente provoca nos outros; a resistência do paciente ao processo terapêutico é um dos principais focos do tratamento; sintomas e comportamentos têm múltiplas funções e são determinados por forças complexas e muitas vezes inconscientes; o terapeuta ajuda o paciente a adquirir um sentimento de autenticidade e singularidade.

Guderson e Gabbard (1999, cit. por Gabbard, 2005) consideram a psicoterapia psicanalítica “uma terapia que envolve uma cuidadosa atenção à interacção terapeuta-paciente, com interpretações oportunas da transferência e da resistência inserida numa apreciação sofisticada da contribuição do terapeuta ao campo di-pessoal”. Os modelos conceptuais da terapia psicanalítica incluem as noções de conflitos inconscientes oriundos da psicologia do Ego, da teoria das relações objectais, da psicologia do *self* e da teoria da vinculação.

A investigação em psicoterapia tem incidido, mais recentemente, no estudo de duas áreas específicas e nas suas relações: processos e produtos. Naturalmente, estes dois aspectos da psicoterapia podem ser diferenciados, uma vez que a investigação pode, ou focar-se nas interacções e respostas que ocorrem ao longo de uma sessão terapêutica, ou centrar-se na avaliação dos resultados, eficácia ou eficiência de determinada psicoterapia (Garfield, 1990; Sirigatti, 2004).

## 1. INVESTIGAÇÃO DE PROCESSOS E PRODUTOS

A investigação pode fazer-se ao nível dos processos que se traduzem em factores específicos e factores comuns, tais como agentes de mudança, aliança terapêutica, factores relacionais, características individuais e modelos processuais; e ao nível de produtos, centrando-se na eficácia, na eficiência e nos resultados.

### 1.1 Investigação de processos

O estudo moderno dos processos psicoterapêuticos teve duas fases distintas (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, (2004). Uma foi o desenvolvimento da gravação electrónica das sessões de terapia, uma vez que anteriormente, os acontecimentos e desenvolvimentos da terapia eram avaliados somente através duma sumarização por parte do terapeuta. Uma segunda aproximação para o estudo de processos foi a importância de se ter uma perspectiva experiencial nos eventos da terapia. Em vez de se confiar exclusivamente nas análises das gravações dos observadores não-participantes, os investigadores adoptaram metodos psicométricos que foram previamente desenvolvidos para quantificar e comparar julgamentos e percepções subjectivas, como escalas e questionários, para estudar objectivamente as experiências subjectivas dos pacientes e dos próprios terapeutas.

Podemos afirmar que a recolha de informação ao nível processual revela uma ausência de diferenças nos resultados entre diversas e diferentes terapias (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986, cit. por Garfield, 1990), o que levanta algumas questões no que respeita à investigação em psicoterapia. Tal conclusão levou Greenberg (1986) a referir a importância do estudo dos processos de modo a que se perceba, não só *o que* funciona, mas sobretudo *como* funciona (in Drozd & Goldfried, 1996). Garfield (1990), salienta a importância de encontrar as variáveis

que estarão na base da mudança, procurando melhorar e promover a eficácia e eficiência do processo psicoterapêutico.

Em que consiste então a investigação processual? De entre várias definições, Greenberg e Pinsof (1986) definem-na como o estudo das interações entre o paciente e o terapeuta. O objectivo deste tipo de investigação é o de identificar os processos de mudança na interacção entre estes sistemas, estando envolvidos todo o tipo de comportamentos e de experiências nestes sistemas pertencentes ao processo de mudança, dentro e fora das sessões. Orlinsky, Ronnestad e Willutsky (2004), definem o processo terapêutico por acontecimentos específicos observados na terapia, incluindo (primeiramente) as acções, experiências e relação de paciente e terapeuta nas sessões terapêuticas quando estão juntos fisicamente, e (secundariamente) acções e experiências dos participantes fora das sessões terapêuticas quando separados fisicamente.

A descoberta mais relevante dos últimos anos, ao nível da investigação de processos, diz respeito à importância do terapeuta e da relação terapêutica. Tal como refere Sousa (2006), a relação terapêutica tem sido salientada como o factor mais importante para o bom resultado da psicoterapia. Lambert e Barley (2001) separaram as variáveis do terapeuta, das condições facilitadoras e da relação terapeuta-paciente, apesar de tais factores não poderem ser completamente divisíveis. Estas condições facilitadoras seriam essenciais para a formação de uma boa aliança terapêutica.

Actualmente, os investigadores centram-se tanto nas características do paciente e do terapeuta, como nas suas interações ao longo de uma sessão terapêutica. Diversos autores consideram que o processo terapêutico vai muito para além do simples foco na mente do paciente, havendo, também, preocupação em compreender os aspectos da experiência do terapeuta e da relação criada entre os dois. Este não é um processo singular e unitário, mas sim algo plural: são diferentes processos que ocorrem dentro de um único processo – o

processo terapêutico – originando resultados a diversos níveis e de diversas formas, que originam, também, diferentes produtos, intrinsecamente relacionados com os processos que lhes deram origem (Ablon e Jones, 2005).

## 1.2 Investigação de produtos

A pergunta que se coloca neste âmbito é: A psicoterapia será eficaz? Para dar resposta a esta pergunta tornou-se fundamental e prioritário perceber que quantidade de psicoterapia seria suficiente e necessária para obter e alcançar resultados satisfatórios. Grande parte da investigação assente na duração da psicoterapia focou-se no conceito de efeito-dosagem, em que a preocupação era a avaliação do efeito da terapia nos resultados.

Os autores Goldfried e Wolfe (1996) referem três fases de desenvolvimento na pesquisa de produtos. Numa primeira fase, entre 1950 e 1960, havia pouca especificação e diferenciação no que diz respeito às diferentes formas de terapia, havendo uma avaliação muito generalizada acerca dos problemas e da natureza dos produtos. Numa segunda fase, entre 1960 e 1970, observou-se uma mudança na questão colocada pelos investigadores nos produtos psicoterapêuticos. Assim, a questão era, não como a terapia funciona mas, sim, quais os procedimentos específicos mais eficazes para lidar com um problema clínico também específico. Na terceira fase, que começou em 1980, começou a haver a utilização de medicamentos e a avaliação do efeito dos mesmos, bem como a integração do DSM, para efectuar diagnósticos, havendo um desenvolvimento e aperfeiçoamento das questões metodológicas de pesquisa e investigação.

Lazarus (1971, cit por. Lambert e Barley, 2001) refere que os pacientes atribuem os resultados positivos da sua terapia aos atributos pessoais do terapeuta em questão, nomeadamente, atributos como: atenção, interesse, compreensão e respeito pelo paciente.

Lambert & Ogles concluem, em 2004, que o processo terapêutico é eficaz na maioria dos casos, os seus efeitos tendem a surgir ao longo do mesmo e os seus resultados tendem a ser duradouros.

Actualmente, continua a ser dada ênfase à pesquisa de processos e produtos, procurando compreender mais acerca dos mesmos, da sua independência e, principalmente, da sua relação. Na realidade, processo e produto estão inteiramente relacionados e correlacionados, sendo fundamental, para uma análise mais compreensiva e completa, não negligenciar a ligação entre ambos, pois, por exemplo, a pesquisa acerca dos produtos apenas, – mesmo obtendo-se resultados positivos na mesma – não informa acerca dos factores que produziram esses resultados. No entanto, Garfield (1990) refere ser habitual fazer-se uma distinção entre estes dois conceitos. De facto, os investigadores podem-se centrar, unicamente, nas interacções e respostas ocorridas durante a sessão terapêutica, assim como podem dar ênfase, unicamente, aos produtos e à eficácia da terapia em causa.

## 2. ALIANÇA TERAPÊUTICA

As investigações em psicoterapia em geral, e em terapia psicodinâmica em particular, são consistentes em afirmar que a qualidade da aliança terapêutica estabelecida durante a terapia prediz o resultado do tratamento. As investigações sugerem que a aliança é influenciada por um lado pelas características pre-existentes no paciente e por outro lado pela qualidade das intervenções do terapeuta. No campo da investigação em psicoterapia, a aliança terapêutica tem-se tornado o aspecto mais amplamente estudado no processo de tratamento de diferentes psicoterapias (Crits-Christoph & Gibbons, 2003).

Freud, em 1912, no livro *The Dynamics of Transference*, faz alusão aos “aspectos amigáveis e afectuosos da transferência como admissíveis para a consciência e como veículo de sucesso”. Assim, Freud via esta ligação positiva do paciente como uma transferência positiva, ou seja, esta vinculação resultava de projecções de relações anteriores. Quarenta e quatro anos depois, Zetzel (1956), introduziu o termo aliança terapêutica para se referir à vinculação afectiva positiva dirigida para o terapeuta. A autora acreditava que as experiências desenvolvimentais do sujeito influenciavam a sua capacidade para um compromisso estável, uma relação de confiança. Se essa relação de confiança não existe entre o paciente e o terapeuta, deve ser promovido um ambiente encorajador para promover o desenvolvimento de uma aliança positiva. Subsequentemente, Greenson (1965), usou o termo *working alliance* para esse aspecto do processo de tratamento, afirmando que a motivação do paciente e a sua capacidade para cooperar com o analista são aspectos importantes da *working alliance*, a qual é gradualmente desenvolvida mas apenas se estabelece quando as reacções transferenciais para com o terapeuta foram correctamente interpretadas (Crits-Christoph & Gibbons, 2003).

Crits-Christoph & Gibbons (2003) falam-nos também da terapia dinâmica “encorajadora-expressiva” - *supportive-expressive* - de Luborsky (1984), que postula um papel mais central da aliança. Na aproximação de Luborsky, a aliança de ajuda - *helping alliance* - é um de três principais factores curativos, sendo os outros a auto-percepção - *self-understanding* - e a incorporação dos ganhos - *incorporation of gains*. Luborsky articula que, para ser um factor curativo por ela própria, a procura do auto-conhecimento apenas será útil no contexto de uma aliança positiva. Porém, a aliança, relativamente à auto-percepção, pode ser de facto o factor curativo mais potente.

Segundo os autores, Malan (1976) também descreve a aliança como facilitadora de aspectos técnicos no modelo de terapia de curta duração. Ela afirma que quando a aliança é positiva, o paciente vai seguir mais facilmente o movimento do terapeuta de domínio em

domínio das interpretações (ex: impulso, defesa) e será mais espontâneo a conduzir o terapeuta para a interpretação seguinte. O modelo de tempo-limitado de Mann (1973,1991) inclui uma pequena discussão sobre aliança como uma simples parte da transferência positiva que emerge durante a primeira fase da terapia dinâmica de curta duração, e não um elemento curativo por si mesma (in Crits-Christoph & Gibbons, 2003).

Segundo Alpher (1991), o interesse nas qualidades da relação terapêutica é principalmente limitado às percepções do terapeuta por parte do paciente. Os auto-relatos do paciente no entanto apoiaram a noção de que as percepções positivas do paciente em relação ao terapeuta são um dos factores preditivos mais fortes relacionados com uma psicoterapia efectiva (Gaston, 1990a; Luborsky, 1990). A "aliança terapêutica" e a "aliança de ajuda" são construtos relacionados com a percepção positiva descrita por Freud como essencial à psicanálise. A importância dessa aliança tem sido estabelecida empiricamente. Contudo, o mecanismo relacionado para diferenciar resultados não tem sido determinado. Parece útil pensar em aliança e transferência em termos interaccionais, em vez de se focar unicamente no paciente ou no terapeuta. Infelizmente, há pouca pesquisa disponível para conduzir os terapeutas a focalizar assuntos relacionados com o desenvolvimento e manutenção de uma relação de trabalho positiva. Relativamente pouca literatura tem dito como é que os pacientes vêm as suas próprias acções dentro das relações terapêuticas. Também há uma literatura limitada de técnicas específicas para resolver conflitos e disrupções na aliança terapêutica que é única para uma determinada percepção individual do terapeuta e das acções terapêuticas.

Segundo Horvath & Luborsky (1993), descobertas recentes levam-nos a especular que existem duas importantes fases de aliança, duas fases críticas. A primeira é o desenvolvimento inicial da aliança, que tem lugar nas primeiras cinco sessões e provavelmente atinge o seu máximo durante a sessão três (Horvath, 1981; Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser, & Howard, 1976). Durante esta fase, devem ser estabelecidos níveis satisfatórios de colaboração e

confiança; o paciente precisa unir o terapeuta como um participante numa jornada terapêutica, concordar no que é preciso ser realizado, e acreditar nos procedimentos que fornecem os moldes da terapia. A segunda fase ocorre quando o terapeuta começa a desafiar velhos padrões neuróticos. O cliente pode experienciar as intervenções mais activas do terapeuta como uma redução da simpatia e suporte; isto pode reactivar convicções e comportamentos relacionais disfuncionais passados, debilitando ou rompendo a aliança. Tal deterioração da relação deve ser reparada para que a terapia continue a ter sucesso (Crits-Christoph, Barber, & Kurcias, 1991; Safran et al., 1992; Safran, Muran, & Wallner Samstag, in press). Este modelo implica que a aliança pode ser danificada em diferentes momentos por diferentes razões. Dependendo de quando tal falha ocorra, a terapia será afectada de diferentes formas. Dificuldades no desenvolvimento de uma relação encorajadora e problemas com o endosso consensual dos procedimentos terapêuticos podem ocorrer no início da terapia. Em tais casos, é improvável que o paciente adira ao regime terapêutico, tal como é provável um final prematuro (DeClericq, Goffinet, Hoyois, & Brusselmans, 1991; Horvath, 1991; Kokotovic & Tracey, 1990).

Horvath & Luborsky (1993) referem também o trabalho de Safran e colaboradores (Safran et al., in press), pois estes desenvolveram um modelo teórico sobre o funcionamento da aliança durante a terapia. O esquema deles é concordante com o trabalho de Luborsky (1977) no Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) e também com o modelo de Bordin (1976) de aliança. Em resumo, os autores sugerem que o paciente trás os seus esquemas de relação disfuncionais para a situação terapêutica que são reactivados durante a terapia. Se o terapeuta responde de forma a confirmar o esquema, o ciclo é mantido ou mesmo exacerbado. Se, por outro lado, os padrões são reconhecidos e os sentimentos negativos do paciente dirigidos ao terapeuta são examinados, é possível interromper o ciclo e o paciente ganha uma melhor compreensão das suas ideias patogénicas.

O papel da aliança – que pode ser definida como a relação positiva e colaborativa entre paciente e terapeuta - surge como uma questão importante na investigação em psicoterapia bem como na promoção da mudança no processo terapêutico. Tem sido, assim, discutido por investigadores clínicos que, a aliança, é algo fundamental para o estabelecimento do processo terapêutico e é algo essencial no resultado desse mesmo processo (Frieswyk et al, 1986) sendo consensual na literatura psicanalítica que a aliança tem um papel importante no desenvolvimento da interação terapêutica e da relação paciente-terapeuta, bem como do auto-conhecimento do paciente pois, como refere Greenson (1965, cit. por Frieswyk et al, 1986), é uma via de colaboração do paciente para com o terapeuta no que diz respeito à observação e avaliação das suas experiências.

No campo da pesquisa e da investigação em psicoterapia, a conceptualização de Bordin (1979, cit. por Crits-Cristoph e Gibbons, 2003) acerca da aliança tem tido um grande impacto. O autor considera que a aliança tem três componentes, nomeadamente: (1) concordância entre paciente e terapeuta relativamente aos objectivos do tratamento; (2) concordância entre paciente e terapeuta relativamente às tarefas do tratamento; e (3) a qualidade da ligação emocional existente entre paciente e terapeuta. Essa mesma aliança apresenta, em diversas pesquisas, uma associação positiva com o resultado da terapia (Price & Jones, 1998; Lambert e Barley, 2001). No entanto, alguns autores consideram que a associação existente entre a aliança e os resultados terapêuticos não é suficiente nem para assegurar a eficácia das técnicas dos terapeutas, nem para explicar como ocorre realmente a mudança no paciente (Cumming & Horowitz, 1988).

Pacientes e terapeutas têm perspectivas ligeiramente divergentes sobre o conceito aliança. Normalmente, na investigação em psicoterapia, o foco está na perspectiva que o paciente tem de aliança, predizendo partes do resultado (Kramer, Roten, Beretta, Michel, & Despland, 2008). A questão da perspectiva do avaliador nas avaliações do processo terapêutico

tem sido abordada por diversos autores (Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Horvath & Symonds, 1991); Hoyt, 2002; Luborsky, 1994 in Kramer et al., 2008). Classicamente, nesses estudos, três perspectivas são diferentes, a visão do paciente, a do terapeuta e a do observador sobre aliança e resultados. A visão do paciente de aliança é mais interessante em termos da sua ligação com o resultado, explicando mais consistentemente a variância do mesmo (Horvath, 2005; Luborsky, 1994 in Kramer et al., 2008). Segundo Elvis & Green, (2008), a aliança terapêutica constitui a maior variável na explicação dos produtos resultantes do tratamento psicoterapêutico. A convergência entre a avaliação de aliança do terapeuta e do paciente tem sido relacionada com o resultado; Kivlighan and Shaughnessy (1995) mostraram que o desaparecimento da divergência no decurso da psicoterapia está relacionado com resultados terapêuticos positivos: quanto mais o paciente e o terapeuta concordam na qualidade da sua relação e no término de terapia, melhor é o resultado (in Kramer et al., 2008). Pelo contrário, o estudo de Fitzpatrick et al. (2005) não revelou essa convergência, a qual não é um obstáculo para que uma mudança terapêutica positiva seja produzida.

### 3. CONFLITO

Em psicanálise fala-se de conflito quando, no sujeito, se opõem exigências internas contrárias. O conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, por exemplo, ou entre dois sentimentos contraditórios) ou latente, podendo este exprimir-se de forma deformada no conflito manifesto e traduzir-se particularmente pela formação de sintomas, desordens do comportamento, perturbações do carácter, etc.

No decurso de mais de um século de teoria psicanalítica, a explicação dos constituintes do conflito – dos motivos para o estado de oposição que os caracteriza, na ordem das consequências possíveis do choque das forças ou elementos envolvidos, e o papel

desempenhado pela intervenção psicanalítica na modificação do resultado do conflito - sofreu um refinamento significativo.

A psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isto em diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflitos entre as pulsões, e por fim o conflito edipiano, onde não apenas se defrontam desejos contrários, mas estes enfretam a interdição.

Segundo Grenyer & Luborsky (1996), quando os pacientes procuram uma psicoterapia é porque estão dependentes dos sintomas e dos conflitos relacionais. Uma das proposições centrais da teoria psicanalítica relacionada com mudança em psicoterapia é que os sintomas surgem depois da activação dos conflitos relacionais centrais, uma visão apoiada por duas vias de pesquisa: primeiro, estudos que mostram os padrões estruturais desses conflitos usando o método Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) (Luborsky & Crits Christoph, 1990); segundo, estudos que relacionam esses conflitos relacionais com a emergência de sintomas.

Grenyer e Luborsky (1996) propõem que as narrativas sobre relacionamentos conflituais dos pacientes na psicoterapia são contadas em serviço do domínio relacional, tal como Freud afirmou que os jogos repetitivos das crianças são tentativas para dominar as situações traumáticas (Freud, 1920/1959). Ganhos no domínio fazem parte do funcionamento processual, sendo que o domínio é definido como a aquisição do auto-controlo emocional e auto-entendimento intelectual no contexto das relações interpessoais (Grenyer, 1994).

Freud foi o primeiro a fazer a ligação entre padrões nas narrativas do paciente sobre problemas conflituais fora da terapia, com o tipo de problemas encontrados na relação terapêutica.

Abend (2005) destaca a ideia de que o reconhecimento dos conflitos intrapsíquicos e a formação de compromisso dos analistas fornecem-lhes um modo mais efectivo para formular

os problemas dos pacientes. Segundo ele, a primeira proposição central para a teoria da significância analítica do conflito intrapsíquico é que existe um estado dinâmico de oposição entre vários componentes importantes da vida mental, e que alguns deles situam-se fora do reino de consciência, permanecendo indisponíveis por isso por meio de introspecção consciente ordinária.

Freud designou por resistência ao fenómeno que aparece na situação clínica como um obstáculo aos esforços do analista para ajudar o paciente a compreender a natureza dos conteúdos perturbadores inconscientes, conduzindo-o à conclusão lógica que o pré-existente estado interno de oposição, ou conflito, entre vários componentes da vida mental do analisando transformam-se na situação analítica num conflito com o analista e os esforços deste para intervir na economia psíquica do paciente. Com a experiência de anos de trabalho, Freud apercebeu-se que o seu foco inicial na identificação e interpretação dos desejos libidinais inconscientes, se na transferência ou no passado infantil recapturado, não foi suficiente para lidar terapêuticamente com a gama de problemas emocionais que a psicanálise procurou aliviar. Evidências clínicas documentando a ocorrência frequente de comportamento auto-destrutivo, obrigaram-no a abandonar a ideia de que a auto-preservação era motivo exclusivo dos seus pacientes por considerar os desejos inconscientes como ameaçadores, e desenvolveu gradualmente uma compreensão mais clara e precisa da natureza do conflito intrapsíquico. A importância de desejos inconscientes agressivos e inaceitáveis (em junção aos libidinais), a variabilidade complexa dos aspectos defensivos do funcionamento mental, a gama de perigos imaginados contra os quais são mobilizadas as defesas, e a parte elaborada desempenhada na vida psíquica por tendências auto-punitivas foram todos incorporados nesta compreensão revista da verdadeira natureza do conflito intrapsíquico (Abend, 2005).

A emergência nos anos 30 e 40 do que os analistas designaram psicologia do ego, com a sua ênfase na análise das defesas e o seu papel no conflito, foi uma posterior consequência desses desenvolvimentos teóricos.

Abend (2005) refere que outros assuntos de interesse, alguns deles originados fora da corrente principal de pensamento psicanalítico Freudiano, influenciaram a técnica de análise do conflito, nalguns casos não sem considerável questionamento ou debate. Os mais significantes eram: 1) reconhecimento do papel desempenhado pela relação terapêutica em provocar mudanças; 2) utilização da técnica psicanalítica dos dados da contra-transferência como fonte de informação sobre a vida mental do paciente; e 3) um vasto interesse crescente em certos factores pre-edípicos, se como lugares de conflito eles mesmos, ou como deficiências desenvolvimentais que afectam as capacidades defensivas e adaptativas. Para o autor, a análise do conflito inconsciente, e das formações de acordo para as quais dá origem, é a característica requintada para entender a vida mental do paciente e das complexidades da situação clínica.

Kris (1988) refere-se ao conflito como uma incompatibilidade.

Prefere falar de dois tipos de conflito (conflito convergente e conflito divergente) porque, segundo ele, isso realça as suas diferenças, especialmente em relação a quatro características: a forma de oposição, as resistências encontradas, os padrões de relação requeridos, e o tipo de *insight* obtido na psicanálise. Na prática, contudo, os dois tipos de conflito estão entrelaçados no fabrico da vida mental. A resolução pode ser razoavelmente completa em pequenas unidades do conflito, mas a resolução de unidades mais globais, como por exemplo os conflitos edípicos, nunca pode ser completa.

### 3.1 Conflito convergente

O conceito de **conflito convergente** e divergente deriva, primeiramente, da observação de dois padrões de associação livre. Os termos também expressam os determinantes deduzidos a partir das associações nesses padrões, ou seja, eles referem-se a conflitos na mente. Essas formulações são baseadas numa permissão de que o empreendimento psicanalítico pode ser descrito, inicialmente, em termos relativamente operacionais, com foco central no método de associação livre (Kris, 1982), em vez de ser em termos da teoria psicanalítica da mente. Neste tipo de conflito duas forças opõem-se uma à outra, como por exemplo, o desejo e a proibição. O padrão de resolução requer a promoção segura das associações, com uma interpretação que procura superar as resistências encontradas. O protótipo é o levantamento da repressão. O insight que surge com a resolução acontece de forma relativamente severa, por vezes totalmente de repente e dramaticamente. Pode ser o relembrar de um pedaço de um sonho ou um nome esquecido ou o reconhecimento de um desejo de transferência mal recebido; ou pode ser a lembrança no curso de uma hora analítica de um incidente do dia anterior que explica um humor; ou, menos frequente, a memória de uma experiência infantil.

### 3.2 Conflito divergente

Os **conflitos divergentes** são bastante diferentes na forma. As forças puxam em direções opostas, as quais podem ser experienciadas pelo paciente como um sentimento despedaçado separadamente. A resistência característica dos conflitos divergentes é o sentido inexplicável de qualquer um dos lados, fica o sentimento de que escolher um lado é perder o

outro completamente. O insight que deriva da resolução de conflitos divergentes, como resultado de um processo de luto, aparece gradualmente.

O conceito de dois tipos de conflito é inteiramente compatível com o conceito básico teórico psicanalítico de formações de compromisso e seus determinantes múltiplos. Perceber e dominar as resistências, embora não seja o todo da acção terapêutica da psicanálise, é um passo crucial para o desenvolvimento do insight e, justamente, um dos carimbos oficiais da psicanálise.

#### 4. CCRT

O Core Conflictual Relationship Theme trata-se de uma nova medida de personalidade, que consiste no padrão ou esquema central relacional que cada pessoa segue nas suas relações com os outros. Este método tem sido utilizado num grande número de estudos desde a sua constituição à 20 anos, resultando de narrativas sobre episódios relacionais (RE) que o paciente relata tipicamente ou, por vezes, executa nas suas sessões de psicoterapia. As duas maiores fases de evolução para essas narrativas são requeridas pelo método CCRT: a fase A é para localizar e identificar os episódios relacionais, e a fase B é para extrair o CCRT do jogo das narrativas.

Em 1976, Luborsky desenvolveu as primeiras sessões quantitativas baseadas na transferência, no campo da investigação em psicoterapia. Ele começou a trabalhar no desenvolvimento de medidas para examinar a aliança entre o terapeuta e o cliente, quando ficou curioso sobre essa aliança no contexto dos padrões gerais de relação do cliente. Começou por notar redundâncias nas narrativas do cliente sobre os padrões de relação e os problemas, e começou a tentar formalizar esses padrões num tema.

O *Core Conflictual Relationship Theme* foi projectado como um sistema para conduzir os julgamentos clínicos a um conceito formalizado do conteúdo dos padrões centrais de relação nas sessões de psicoterapia. Os procedimentos descobertos por Luborsky são úteis para chegar a este tema central começando com a gravação das sessões.

Para isso, ele desenvolveu um *scoring guide* para identificar o que denominou de episódios relacionais (RE), os quais consistem nas verbalizações do cliente sobre relacionamentos específicos. Neste procedimento de pesquisa, um *set* de julgamentos clínicos identifica um mínimo de 10 REs e outro julgamento clínico cota esses Res para três componentes principais: 1) os principais desejos do paciente, necessidades ou intenções para com outra pessoa, na narrativa; 2) as respostas de outra pessoa positivas ou negativas; e 3) as respostas do self, quer sejam positivas ou negativas.

Dentro de cada um dos três componentes, os tipos com maior frequência através dos episódios relacionais são identificados, e a sua combinação constitui o CCRT. Deve ser salientado que o conceito de conflito é deduzido pelo julgamento dos componentes avaliados. Esse julgamento é feito também no contexto da totalidade dos transcritos da terapia. Os julgamentos também são delineados entre os conflitos conscientes e inconscientes. O manual especifica 5 regras que identificam conflitos inconscientes.

Este novo método desenvolvido por Luborsky & Crits-Christoph mede até que ponto um paciente experimenta respostas dos outros e do *self* como positivas ou negativas. Para diminuir o sofrimento do paciente, várias aproximações psicoterapêuticas enfatizam o papel desempenhado pelas relações dos pacientes. Num esforço para ajudar o paciente a melhorar a sua capacidade para manobrar relações, os terapeutas focam-se nas relações com outros significantes e na relação desenvolvida entre o paciente e o terapeuta (ex., Barber & Crits-Christoph, 1995; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989; Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984; Malan, 1979).

#### 4.1 CCRT e Psicopatologia

Os psicanalistas reconhecem as características peculiares dos padrões de relação como expressões subjacentes, frequentemente motivos inconscientes. De acordo com a teoria psicanalítica, traços das relações de objecto de um indivíduo podem ser expressões da psicopatologia subjacente. O exemplo de características pessoais dependentes fortes, podem ser a razão fundamental de uma adaptação ansiosa aos outros como meio de evitar a separação; ou traços obsessivo-compulsivos podem ser expressos como padrões de relações hierárquicas, com a dominação ou a submissão como tema principal.

Devido à ligação teórica entre psicopatologia e relações de objecto, vários instrumentos foram constituídos para medir diferentes aspectos mais recentes. Um desses instrumentos é o método CCRT, desenvolvido por Luborsky e Crits-Christoph (1990). O CCRT consiste em três componentes básicos: (1) os desejos do indivíduo, as suas necessidades ou intenções, (2) a resposta fantasiada, experienciada ou antecipada dos outros, (3) a resposta fantasiada, experienciada ou antecipada do *self*.

## CONCLUSÃO

O principal objectivo de uma psicanálise de sucesso é, na perspectiva de diversos autores incluindo Werman (1989), uma mudança na estrutura psíquica. Para isso ela deve promover a eliminação dos sintomas; o aumento da produtividade; a melhoria na adaptação e prazer na vida sexual; a melhoria na qualidade das relações interpessoais, e a aquisição do *insight* necessário para lidar com os conflitos psicológicos banais (Knight, 1941, in Werman, 1989). Deste modo, a mudança estrutural deve ser entendida como a dissolução de estruturas rígidas defensivas, a favor de atitudes mais abertas, flexíveis e tolerantes (Sandell, 1997b), resultando num carácter mais sólido e permanente, menos vulnerável a um futuro ambiental adverso (Wallerstein, 2003).

Segundo Luborsky (2001), de um modo geral, as investigações têm confirmado os efeitos positivos das terapias de longa duração de orientação psicanalítica, ao nível da qualidade das relações de objecto e das auto-representações do paciente, dos problemas interpessoais e das atitudes relativas ao próprio.

As investigações em psicoterapia em geral, e em terapia psicodinâmica em particular, são consistentes em afirmar que a qualidade da aliança terapêutica estabelecida durante a terapia prediz o resultado do tratamento. Ao mesmo tempo que surge como uma questão importante na investigação em psicoterapia tem também um papel importante na promoção da mudança no processo terapêutico. Tem sido, assim, discutido por investigadores clínicos que, a aliança terapêutica, é algo fundamental para o estabelecimento do processo terapêutico e é algo essencial no resultado desse mesmo processo.

As ferramentas actuais de pesquisa em psicoterapia incluem métodos para identificar o padrão central ou padrões repetidos das relações interpessoais (Barber & Crits-Christoph, 1993; Luborsky, 1990a; cit. por Popp, Diguier, Luborsky, Faude, Johnson, Morris, Schaffer,

Schaffler, & Schmidt, 1996). Estas ferramentas habilitadas psicometricamente desenvolveram aproximações à transferência, e a outros aspectos da psicoterapia baseados na relação. O mais velho destes métodos é o método CCRT (Luborsky, 1977) que consiste no padrão ou esquema central relacional que cada pessoa segue nas suas relações com os outros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abend, S. M. (2005). Analyzing Intrapsychic Conflict: Compromise Formation as an Organizing Principle). *Psychoanalytic Quarterly*, 74, 5-25
- Arnold, E., Farber, A., & Geller, J. (2000). Changes in patients' self-representation over the course of psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 28 (3).
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.
- Crits-Christoph, P. & Gibbons, M. B. C. (2003). Research Developments on the Therapeutic Alliance in Psychodynamic Psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2), 332-349
- Droz, J. F., & Goldfried, M. R. (1996). A Critical evaluation of the state-of-the-art in psychotherapy outcome research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(2), 171-180.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia Psicodinâmica de Longo Prazo*. Porto Alegre: Artmed.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: The Guilford Press.
- Grenyer, B. F. S., & Luborsky, L. (1996). Dynamic Change in Psychotherapy: Mastery of Interpersonal Conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 411-416
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research. *American Psychologist*, 51(10) 1007-1016.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psycholog*, 61 (4), 561-573.

- Kramer, U.; Roten, Y.; Beretta, V.; Michel, L.; & Despland, J. (2008). Patient's and Therapist's Views of Early Alliance Building in Dynamic Psychotherapy: Patterns and Relation to Outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (1), 89–95.
- Kris, A. (1988). Some Clinical Applications of the Distinction Between Divergent and Convergent Conflicts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 431-441
- Lambert, M. J., & Barley, E. B. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 357-361.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R., Staats, H. (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86 (2).
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217–228.
- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4).
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and changes. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). John Willey & Sons.
- Popp, C. A.; Diguier, L.; Luborsky, L.; Faude, J.; Johnson, S.; Morris, M.; Schaffer, N. Schaffler, P.; & Schmidt, K. (1996). Repetitive relationship themes in waking narratives and dreams. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 1073-1078.
- Sandell, R. (1997b). *Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP) -manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.

- Sandell, R. (2001). Can Psychoanalysis become empirically supported? *International Forum of Psychoanalysis*, 10, 184-190.
- Sirigatti, S. (2004). Application of the jone's psychotherapy process q-sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 194-207.
- Sousa, D. (2006). Investigação em Psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. *Análise Psicológica*, 3, XXIV, 373-382.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: Its coming of Age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2).
- Werman, D. (1989). The idealization of structural change. *Psychoanalytic Inquiry*, 9 (1).



## **ARTIGO EMPÍRICO**

Avaliação da mudança através da aplicação do método

*Core Conflictual Relationship*

*Theme (CCRT) – Estudo de caso sistemático*

## RESUMO

O objectivo deste estudo consistiu na compreensão e aplicação do The Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). Este método de análise das relações interpessoais foi utilizado em sessões terapêuticas transcritas, de uma paciente em processo de terapia psicanalítica de longo termo. Através da análise de episódios relacionais relatados pela paciente, foram identificados conceitos-chave como desejos (W), respostas do outro (RO) e respostas do self (RS). Através da análise do conflito, presente nestes episódios relacionais, tentámos perceber se houve evolução, ou seja, quais as mudanças ocorridas no paciente, no decurso da psicoterapia.

Palavras-chave: Psicoterapia psicanalítica, CCRT, conflito, aliança terapêutica, investigação de produtos

## ABSTRACT

The aim of this study consisted in the understanding and application of The Core Conflictual Relationship Theme Method. This method of interpersonal relationships analysis was used in transcribed therapeutic sessions of a patient in a long term process of psychoanalytic psychotherapy. Through the analysis of relational episodes told by the patient, they were identified key-concepts as wishes (W), responses of other (ROs) and responses of self (RSs). Through the analysis of conflict, present in these episodes relates, we tried to understand if there was evolution, that is, which the occurred changes in the patient, in the course of the psychotherapy.

Key-words: Psychoanalytic psychotherapy, CCRT, conflict, therapeutic alliance, outcome investigation.

## **NOTA**

Dada a natureza confidencial dos dados, apenas a informação não sensível é fornecida.