

# **ALIANÇA TERAPÊUTICA E RESULTADOS: ESTUDO DE CASO CLÍNICO EM PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

2011

**Marinalva Fernandes Costa Feliciano**

Psicóloga clínica em exercício na cidade de Dracena - São Paulo (Brasil)

**Cláudia Regina Parra**

Psicóloga, supervisora de estágio em psicologia clínica no Curso de Psicologia da UNIFADRA –  
Faculdades de Dracena S.P. (Brasil)

E-mail:

[marinalva\\_fernandes@hotmail.com](mailto:marinalva_fernandes@hotmail.com)

---

## **RESUMO**

O presente trabalho trata-se de material clínico de 25 sessões relativas a um período de seis meses de consulta psicológica de uma paciente depressiva com episódios psicóticos que estava em tratamento medicamentoso e que retrata a importância da adesão à técnica e estabelecimento da aliança terapêutica. A paciente era atendida em Clínica Escola e utilizou-se a terapia comportamental cognitiva como referência, cujo tratamento baseou em ferramentas como: conceituação cognitiva, aplicação dos inventários de Beck (BDI, BAI, BHS) em todas as sessões psicoterapêuticas, lista de problemas e metas, algumas técnicas específicas como distração, cadeira vazia e rolle play, todas com o objetivo da reestruturação cognitiva. Ao final do processo a paciente demonstrou resultado satisfatório, angariou recursos que possibilitaram seu autocontrole e a total suspensão medicamentosa por parte do atendimento médico.

**Palavras-chave:** Aliança terapêutica, resultados, terapia cognitivo comportamental

---

## **INTRODUÇÃO**

O presente estudo incide sobre a importância da aliança terapêutica na adesão e manutenção de paciente com quadro depressivo, em contexto clínico.

Trata-se de material clínico de sessões relativas a um período de seis meses de consulta psicológica de uma paciente depressiva atendida em Clínica Escola que retratam a importância da adesão à técnica e estabelecimento da aliança terapêutica.

A relação terapêutica é definida como a qualidade pessoal do paciente, a qualidade do terapeuta e a interação entre ambos (Beitman 1989, p.43 apud Rangé, 1998). Aaron Beck (1976, cit in Waddington, 2002) confirma a necessidade de uma boa relação terapêutica, descrevendo-a como um componente primário da efetiva psicoterapia. A relação terapêutica sozinha é insuficiente para produzir mudança (Beck, Show, Rush, Emery, 1979 cit in Waddington, 2002).

O estabelecimento de uma boa aliança terapêutica – desde o início – é visto por Veríssimo (2007) como essencial para o sucesso terapêutico. A investigação tem demonstrado que a qualidade da aliança inicial está relacionada com os resultados obtidos no final da terapia. Nesse sentido existem autores que mostram que o fracasso no desenvolvimento de níveis iniciais da aliança terapêutica tem um impacto negativo nos resultados e pode levar ao abandono da terapia. Esse estudo consiste em perceber a importância da aliança terapêutica para manutenção da relação entre os envolvidos e para alcançar o sucesso do tratamento.

Muitos estudos têm demonstrado que uma aliança terapêutica positiva está associada a um bom resultado. Portela et al (2008) afirma que desenvolver a sensação de esperança dos clientes está associado à manutenção da terapia e a melhores resultados (Gilberty & Leahy, 2007). A aliança reflete três aspectos importantes do trabalho terapêutico: o vínculo ou os sentimentos que os participantes têm em relação uns aos outros, o nível de acordo existente entre eles sobre os objetivos da terapia e o modo como irão alcançar esses objetivos (Bordin, 1979 citi in Greenberg, 2007). O desenvolvimento da colaboração tem sido considerado um aspecto fundamental na relação terapêutica. Desse modo, é importante criar um clima emocional que proporcione um vínculo caloroso de confiança estabelecendo uma aliança colaborativa ao longo da terapia (Greenberg, 2007).

A capacidade de estabelecer aliança terapêutica tem sido vista como fator de indicação de tratamento e como fator preditivo quanto aos resultados. Pesquisas realizadas descreveram de forma consistente uma correlação entre a qualidade da aliança terapêutica e os resultados das psicoterapias. As pesquisas sugerem que a aliança é a variável crucial para o sucesso em praticamente todas as psicoterapias (Luborsky e cols, 1983; Ryan e Cicchetti, 1985; Marziali, 1991, citados em Cordioli, 1998).

Como refere Cordioli (1998) todas as psicoterapias reconhecem a necessidade de uma relação terapêutica de boa qualidade como um contexto indispensável para que se possa utilizar com eficácia as intervenções terapêuticas. Os diferentes modelos de psicoterapia variam na forma de valorizar a relação terapêutica como agente de mudança.

A modalidade de vínculo que caracteriza as psicoterapias é, sobretudo, o estilo de uma relação, fruto da própria experiência de vivê-la. Pode-se tentar defini-la como uma relação

interpessoal na qual dois (ou mais) interlocutores mantêm um diálogo com ritmo, gestos, posturas, mímicas verbais habituais e compartilham uma tarefa em uma relação igualitária, ainda que seus papéis sejam diferentes - um deles é especializado em certo nível da problemática humana e o outro fornece os elementos de testemunho direto dessa problemática singular (Fiorini, 1985).

Para Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) – terapeutas cognitivos – a relação e a aliança terapêutica não são usadas simplesmente como instrumentos para aliviar sofrimentos, mas como veículos para facilitar um esforço comum para atingir metas específicas.

A aliança é condição para a mudança, porém ela não é o seu motor e, caso a relação se reduza a ela, o comportamento e a situação existencial do cliente jamais se alterarão (Rangé e Erthal, 1987). A relação bilateral de empatia é um dos elementos fundamentais para o estabelecimento do vínculo terapêutico (Otero, 2001); logo, um bom clima facilita o relacionamento orientando melhor o trabalho técnico.

Segundo Fiorini (1985) a personificação do vínculo na relação de trabalho deve ser entendida sob duas vertentes: a adequação do vínculo às necessidades específicas de cada paciente e a utilização das capacidades e atitudes reais do terapeuta a serviço do processo – flexibilidade técnica do terapeuta.

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) segundo Knapp (2004) é um termo genérico que abrange mais de vinte abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental que tem comprovado sua eficácia no tratamento de diversos transtornos neuropsiquiátricos. Sua aplicação no atendimento tem como objetivo compreender o desenvolvimento do repertório comportamental e das cognições dos indivíduos. Entende-se por cognições a organização de pensamentos, memórias e expectativas e, num conceito mais abrangente, habilidades mais complexas, como as capacidades de resolução de problemas, comunicação e linguagem que afetam diretamente os comportamentos dos indivíduos. Assim, um dos principais fundamentos da TCC é de que tais cognições influenciam tanto os comportamentos quanto os sentimentos destes indivíduos. Em função dessa premissa, a TCC utiliza-se de uma série de técnicas que promovem a modificação das cognições e dos comportamentos do ser humano comprovadas empiricamente por estudos controlados cientificamente e tem se tornado um dos principais paradigmas para o tratamento de uma série de desordens.

Uma das vertentes atualmente usadas pela TCC é Aaron Beck, terapeuta cognitivo e seus colaboradores, que integram um modelo cognitivo e um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas baseadas diretamente no modelo da terapia objetiva. Este, baseia-se na hipótese da vulnerabilidade cognitiva como um esquema psíquico de transtorno emocional. Vulnerabilidade cognitiva refere-se à tendência de certos indivíduos de cometer distorções sistemáticas ao processar informações, distorções que os predis põem a transtornos emocionais.

Desse modo, o modelo de Beck tem como princípio básico a proposição de que não é uma situação que determina as emoções e comportamentos de um indivíduo, mas sim suas cognições ou interpretações a respeito dessa situação, as quais refletem formas idiossincráticas de processar a informação. Com base nesse princípio e na hipótese de primazia das cognições busca-se a reestruturação cognitiva, que procura reorganizar psicologicamente o sistema de esquemas e crenças do paciente a fim de desafiar pensamentos e crenças disfuncionais, os quais ao longo do desenvolvimento do paciente tornaram-se pouco saudáveis.

As estratégias comportamentais objetivam basicamente avaliar as consequências das condutas do indivíduo e de que forma elas mantêm um funcionamento desadaptativo. Desse modo, tenta-se modificar esse funcionamento de forma a implementar novos tipos de comportamentos que beneficiem tanto o próprio indivíduo quanto as pessoas ao seu redor.

O terapeuta cognitivo objetiva devolver ao paciente a flexibilidade cognitiva através do desafio de suas cognições, a fim de promover mudanças nas emoções e comportamentos que as acompanham. Algumas vezes, a mudança no comportamento faz mudanças no sentido inverso: elas também são capazes de modificar a forma como o indivíduo pensa sobre determinada situação.

A TCC apesar de ser uma abordagem estruturada, baseia-se também numa relação colaborativa entre o terapeuta e o paciente, na qual ambos têm um papel ativo ao longo do processo psicoterápico. Objetiva não apenas a solução dos problemas imediatos do paciente, mas através da reestruturação cognitiva, busca dotá-lo de um novo conjunto de técnicas e estratégias a fim de capacitá-lo, a partir daí, a processar e responder de forma funcional, sendo funcional definido como táticas que concorrem para a realização de suas metas. De acordo com o funcionamento de cada paciente é desenvolvido um planejamento baseado em metas e com objetivos específicos a cada etapa do tratamento.

Para a TCC a empatia do paciente com o terapeuta constitui o primeiro passo para que se estabeleça uma aliança terapêutica produtiva. Atualmente, muitos terapeutas cognitivo-comportamentais (Leahy, 1993; Safran, 1998; Safran & Segal, 1990; Young et al., 2003 cit in Katzow & Safran, 2007) conceitualizam a aliança como parte integral do tratamento, que pode ser usada conjuntamente com uma técnica para produzir a mudança (Katzow & Safran, 2007).

De acordo com Otero (2001) o produto das atitudes de cada um – terapeuta e cliente – surge no vínculo terapêutico. As variáveis ligadas à interação profissional-cliente detêm consigo uma grande parcela da responsabilidade sobre o andamento de uma psicoterapia, assim, a possibilidade de sentirem-se parceiros facilita o estabelecimento do vínculo terapêutico, que se constitui em um dos elementos essenciais para aumentar a possibilidade de sucesso de uma terapia.

A percepção do cliente sobre a relação terapêutica também está correlacionada à efetividade do tratamento. Frank e Frank (1993, mencionados em Meyer e Vermes, 2001) demonstraram que

os clientes que avaliaram de forma positiva seus terapeutas (no início do processo terapêutico) foram justamente aqueles que atingiram mais efetivamente seus objetivos. Dados apresentados por Marziali (1984, citado em Meyer e Vermes, 2001) indicam que a concordância entre terapeuta e cliente sobre a qualidade da relação terapêutica foi um fator preditivo para o sucesso do tratamento (Borges, 2006).

O presente estudo retrata a experiência clínica que traduz tal importância para evolução do caso, cujo referencial teórico utilizado foi a terapia cognitivo comportamental.

## **METODOLOGIA**

Utilizou-se a terapia cognitivo comportamental como referência para a mudança de conduta desejada pela paciente. Dentro da terapia estabeleceu-se em primeiro momento o contrato terapêutico, em seguida foi estabelecida a lista de problemas e metas e posteriormente através do diálogo socrático foram realizados os desafios aos Pensamentos Negativos Automáticos visando a reestruturação cognitiva.

### **Estudo Clínico**

Esse relato visa discorrer sobre a importância da aliança terapêutica para a adesão ao processo psicoterapêutico e o conseqüente sucesso do tratamento.

Trata-se de um estudo de caso clínico de uma mulher de 26 anos, casada, mãe de um filho e com grau de escolaridade de Ensino Médio; foi encaminhada à Clínica Escola UNIFADRA via psiquiatra, com queixa de Transtorno Depressivo Recorrente com Transtornos Psicóticos (F33.3), fazendo uso das seguintes medicações: Rivotril, Risperidona e Alzepinol.

A paciente relatou que já havia iniciado um tratamento psicológico, mas que não aderiu ao tratamento e que desta vez estava motivada a colaborar visando efetivar mudanças em sua vida.

Como queixas principais, Lúcia (nome fictício) relatava irritabilidade, excesso de sono, pensamentos negativos em situações generalizadas, ideias negativas irracionais sobre o futuro imediato como acontecer alguma desgraça em sua vida (mesmo sem um antecedente que pudesse ser identificado com fator determinante da ocorrência) e com isso sentia-se muito ansiosa e deprimida. Não obstante, ainda apresentava ideias psicóticas persecutórias seguido de rituais e pensamentos recorrentes de matar o filho.

O relacionamento conjugal estava ruim, com diminuição da libido, o que influenciava também em sua dinâmica familiar, contudo – segundo seu relato – o marido tinha uma postura compreensiva e acolhedora.

Como dados históricos relevantes havia o fato de não ter conhecido o pai e sempre residiu com os tios maternos e a mãe, em razão disso sempre se sentiu submissa aos mesmos, prestando a estes um comportamento subordinado de obediência. Sabia que tinha um irmão, mas não o conhecia, pois era de outro relacionamento de sua mãe. Relatava que a mãe por diversas vezes ameaçou matá-la, falava muito em “desgraças” (sic) e foi crescendo alimentando esse medo – tanto fisicamente quanto psicologicamente. Acreditava que tais fatos tinham contribuído para seu casamento prematuro. O marido é motorista profissional de transporte de cargas e em função disso se ausenta durante a semana retornando aos sábados e domingos, sendo assim participa pouco das atividades rotineiras do lar. Relatava que estava sempre tensa e com medo, quando o telefone tocava pensava que algo ruim havia acontecido, como por exemplo: acidente, morte etc. Os mesmos pensamentos eram frequentes quando o filho se ausentava de casa, ainda que para atividades sociais.

Via a família constituída como uma organização importante para sua vida e por isso buscava ajuda para melhorar.

Com a família do marido tinha uma relação ambivalente, pois com a sogra mantinha laços estreitos e satisfatórios, contudo com uma cunhada sentia-se muito mal em sua presença, pois se sentia rejeitada pela mesma, evocando pensamento negativo que esta sempre queria humilhá-la.

O pensamento de “matar o filho” disparava outras ideias negativas relacionadas a crenças psíquicas de que “*o diabo quer acabar com tudo*”. Era religiosa e frequentava um grupo de apoio em uma igreja católica, onde dizia que “*ele (o diabo) não irá conseguir fazer com que eu mate o meu filho*” (sic). Via na religião um aliado ao controle de seus devaneios agressivos.

Diante da primeira sessão em que a paciente trouxe uma desorganização psíquica e a necessidade de reestruturar seus pensamentos negativos, foi proposta uma sessão semanal.

Foram realizadas 25 sessões psicoterapêuticas no período de abril a novembro de 2010.

Usaram-se recursos da terapia comportamental cognitiva como: conceituação cognitiva, aplicação dos inventários de Beck (BDI, BAI, BHS) em todas as sessões psicoterapêuticas, lista de problemas e metas, algumas técnicas específicas como distração, cadeira vazia e rolle play, todas com o objetivo da reestruturação cognitiva.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Acerca das crenças que Lúcia apresentou, podemos identificar algumas ideias disfuncionais que se mostraram influente no episódio depressivo tais como: crença de incapacidade, pensamentos negativos automáticos como: “as pessoas não gostam de mim”; “sou insuportável e controladora”; “no meu trabalho ninguém gosta de mim”; “se acontecer o pior, ficar louca, não sei o que fazer”; “meu marido tem medo que eu fique louca”; “meu pai não me quis, abandonou

eu e minha mãe, também não quero saber dele”; “aconteceu tudo isso por culpa da minha mãe”; “minha mãe não foi exemplo de família”; “não quero conhecer meu irmão porque ele é filho de outro relacionamento de minha mãe”; “na minha vida está tudo fora do lugar”; “sinto que é difícil mudar”; “meu dia é vazio, eu durmo demais e acordo tarde”; “eu tenho vontade de chorar”; “eu vejo um homem atrás de mim e me persegue”; “ele quer me fazer mal pra mim e para minha família”.

Apresentava ainda vários rituais repetitivos que davam indícios de um Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Depois de estabelecido o contrato, a aliança terapêutica começou a ser notada com a adesão e a diminuição da depressão e da ansiedade, manifestada a partir dos inventários aplicados.

Não obstante, Lúcia se mostrava mais segura, mais esperançosa e disposta a enfrentar seus medos e modificar seus pensamentos negativos.

Através dos desafios realizados com os PANs, Lúcia foi conquistando suas metas estabelecidas na lista de problemas e, metas inicialmente traçadas transformando três comportamentos problemas. Iniciou o processo por aquela que entendeu como mais fácil de atingir: acordar mais cedo e buscar atividades para preencher o dia – isto a fortaleceu – capacitando-a ao enfretamento daquela que considerou intermediária e posteriormente a mais difícil.

Durante o processo, a medida que alcançava suas metas, Lúcia trazia novos problemas que a desafiavam e assim novamente era proposto desafios de PANs através do diálogo socrático, quando um objetivo era atingido a paciente sentia-se mais fortalecida e demonstrava maior capacidade de enfrentamento.

Os escores da paciente, obtidos através dos inventários de Beck, se mostraram cada vez mais baixos comparados àqueles apresentados no início do tratamento, mesmo quando a paciente passou por situações emocionalmente perturbadoras. Já no meio do processo psicoterapêutico, os escores apresentavam números muito baixos, indicando que o humor havia se estabilizado, o que culminou na suspensão das medicações por parte do profissional de psiquiatria, como consequência observou-se o fortalecimento de sua autoconfiança e da flexibilidade cognitiva, dando indícios da aliança terapêutica eficaz.

Dessa forma, alcançando a remissão do quadro depressivo, a paciente entendeu que a psicoterapia poderia ser encerrada, culminando então na alta terapêutica.

No final do trabalho terapêutico Lúcia apresentava crenças mais funcionais em relação às citadas anteriormente, algumas falas são relatadas a seguir:

- Crença de capacidade: “o fato de não saber tudo de todas as coisas não significa que sou um fracasso e sim que sou humana”, “sou uma pessoa capaz”, “eu queria controlar

todas as pessoas e no final eu não controlava ninguém nem mesmo eu”, “cada um tem suas vontades e decisões e eu devo respeitar para que eu seja respeitada”.

- Crença de estima: “as pessoas se preocupam comigo, se mobilizam por mim, mas têm vida própria e nem sempre podem fazer as minhas vontades”, “algumas pessoas podem até não gostar de mim mais isso não quer dizer que todas não gostam, eu também não gosto de todo mundo”.
- Crença de adequação: “sou boa, batalhadora, feliz, vaidosa, digna, solidária, humana e capaz”, “eu sempre coloquei a minha sogra no lugar da minha mãe, agora cada uma está no seu devido lugar a minha mãe no lugar de mãe, e a minha sogra no lugar de sogra”, “meus dias são preenchidos da melhor maneira para atender as minhas necessidades e a da minha família”, “amo minha família e minha casa e os pensamentos de matar meu filho não existem mais, eu o amo muito”, “quando eu tiver a oportunidade quero conhecer o meu irmão, porque ele não tem culpa das coisas que aconteceram, ele foi vítima como eu”, “meu pai eu não sei onde está, mas não guardo mais mágoa dele”.
- Crença funcional: “em muitos momentos o pior pode não acontecer e, quando acontecer, conseguirei lidar com ele de uma boa forma”.

Ao final já não apresentava mais nenhum ritual.

## CONCLUSÃO

O processo psicoterapêutico de Lúcia foi bem sucedido uma vez que a paciente apresentou sinais de flexibilidade cognitiva mesmo em relação às ideias rígidas inicialmente como a de incapacidade, a controladora, de vulnerabilidade e não-estima. Além disso, pode-se perceber que tanto o auto-conceito quanto a noção de auto-eficácia de Lúcia foram fortalecidas substancialmente durante a psicoterapia. Outra evidência importante do sucesso da terapia foi o fato de Lúcia ter cumprido as metas propostas por si na lista de problemas e metas inicialmente eleitas.

A satisfatoriedade da aliança terapêutica observou-se ainda em questões básicas como: assiduidade da paciente, colaboração, disponibilidade para a mudança que geraram recursos a paciente, além do fortalecimento do seu auto-controle que influenciou sua motivação mostrando-se entusiasmada com o processo e com as conquistas dele advindas.

Outro fator que destacamos foi à generalização dos ganhos oriundos do trabalho terapêutico: no decorrer do processo a paciente começou a utilizar as técnicas e intervenções feitas durante as sessões, o que ajudou em alguns assuntos que não precisaram ser vistos em sessão.



O casamento de Lúcia também acabou por facilitar a terapia já que foi uma oportunidade de identificar e desafiar ideias centrais como a de não-estima e de vulnerabilidade, bem como reforçar a crença de capacidade e a habilidade de resolução da paciente.

As sessões terapêuticas ofereceram várias oportunidades de corrigir os pensamentos negativos advindos de suas crenças centrais. Desta forma, pode-se reforçar uma visão mais positiva, ou seja, mais realista, dela mesma, dos outros e do mundo.

Após algum tempo das sessões a paciente foi se fortalecendo psiquicamente e adquirindo recursos, desenvolvendo habilidades que resultaram no resgate da auto-estima, evidenciando maior confiança em si, o que culminou com a alta psiquiátrica e suspensão da medicação. A paciente considerou esse fato como uma grande conquista da psicoterapia. Conseguiu manter-se motivada, inclusive quando questionada pelo marido se a falta da medicação não a deixaria voltar na condição de “louca”. A cada sessão, sempre era solicitado Feedback e Lúcia relatava que se sentia mais tranquila e conseguia conquistar pensamentos alternativos que a fortaleceram para o enfrentamento diante dos sintomas de desconforto e de medo.

A paciente concluiu o processo psicoterapêutico, onde obteve evolução e demonstrou adesão a proposta da terapia cognitiva comportamental encontrando recursos psíquicos que fortaleceram sua capacidade de enfrentamento resultando em mudanças na sua maneira de pensar e agir.

Neste trabalho, buscou-se uma postura de atividade, ou seja, de possibilitar uma atuação enfatizando mais as capacidades e habilidades resgatando a esperança, para que assim atingisse as metas estabelecidas.

A postura terapêutica adotada neste tratamento foi mais focada em uma aliança terapêutica que manifestasse uma intervenção de apoio e segurança.

Através da literatura pudemos perceber que a relação é, primeiramente, um vínculo facilitador da mudança psicológica, que conduz ao crescimento e bem-estar. Em segundo lugar, a relação terapêutica ajuda os clientes a sentirem-se seguros o suficiente por fazerem face a sentimentos temíveis e memória dolorosas. Uma vez consolidada a aliança, o terapeuta guia os clientes em direção a novos modos de processar a emoção, treinando-os a ficarem conscientes, regularem, refletirem e transformarem as suas emoções (Greenberg, 2007).

## REFERÊNCIAS

BECK, Aaron T.; RUSH, A. John; SHAN, Brian F.; GARY (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BORGES, M. C. (2006) *A construção de um psicoterapeuta: formação e habilidades*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica. Acessado em 25/03/2011. Disponível em: <[http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/MANUELA\\_BORGES.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/MANUELA_BORGES.pdf) >

BOYATZIS, R. & MACKEE, A. (2006). *O poder da liderança emocional: Liderança vibrante com empatia, esperança e compaixão*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

CORDIOLI, A. V. (1998). *As psicoterapias mais comuns e suas indicações*. In: Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

CORDIOLI, A. V. (1998). *Como atuam as psicoterapias*. In: Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

CORDIOLI, A. V. (1998). *Qual a psicoterapia mais adequada ao paciente?* In: Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

EDWARDS, L. M. (2009). *Hope* In: S. J. Lopes (Eds), *The encyclopedia of positive psychology*, Vol. I, (pp. 487-491). Oxford: Wiley-Blackwell.

FIORINI, H. J. (1985). *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves S. A., 6ª edição.

GOMES, C. A. P. F. (2010) *A esperança e a adesão terapêutica em adultos hospitalizados e não hospitalizados: Estudo exploratório*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas Sociais: Porto.

GILBERT, P. & LEAHY, R. (2007). Introduction na overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp3-23). London and New York: Routledge.

GREENBERG, L. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert & R. Leahy (eds). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 43-62) London and New York: Routledge.

KNAPP, P. *Princípios da Terapia Cognitiva*. In: Knapp, P. (org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

MEYER, Sonia; VERMES, J. S. (2001). *Relação Terapêutica*. In: Range. Bernard (organizador). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais – Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora.

OTERO, V. R. L. (2001). *Psicoterapia funciona?* Em Wielenska, Regina C. (org). *Sob re comportamento e Cognição – questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, volume 6.

PORTELA, C.; ALMEIDA, D.; SEABRA, J.; NUNES, P. (2008) *Relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais*. Licenciadas em Ciências Psicológicas pela Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Portugal.

RANGÉ, Bernard. (1998). *Relação terapêutica*. Em Rangé, Bernard (org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. São Paulo, SP: Psy.

RANGÉ, B.; ERTHAL, T. C. S. (1987). *A relação terapêutica na abordagem comportamental*. In: Lettner, Harold W. e Range, Bernard. (orgs.) *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole.

VERÍSSIMO, A. C. F. S (2007). A importância da aliança terapêutica no acompanhamento psicológico de adolescentes com patologias limite. Artigo sobre Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico, Portugal.

WADDINGTON, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: a review. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30, 179-191.