

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



**TESE DE DOUTORADO**

**Indicação, concordância em iniciar tratamento e melhora inicial na  
psicoterapia psicanalítica**

Marina Bento Gastaud

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Porto Alegre, junho de 2013.

MARINA BENTO GASTAUD

**Indicação, concordância em iniciar tratamento e melhora inicial na psicoterapia  
psicanalítica**

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria, orientada pelo Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik.

Porto Alegre, Brasil.

2013

### CIP - Catalogação na Publicação

Gastaud, Marina Bento

Indicação, concordância em iniciar tratamento e melhora inicial na psicoterapia psicanalítica / Marina Bento Gastaud. -- 2013.  
247 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Psicoterapia Psicanalítica. 2. Indicação para Tratamento. 3. Início de Tratamento. 4. Concordância. 5. Melhora. I. Eizirik, Cláudio Laks, orient. II. Título.

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

Profa. Dra. Gisele Gus Manfro

Prof. Dr. César Luis de Souza Brito

Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires

Profa. Dra. Márcia Kauer Sant'Anna (suplente)

*Ao Pedro, minha maior conquista ao longo deste percurso.*

**“Não, nossa ciência não é uma ilusão. Ilusão seria imaginar que aquilo que a ciência não nos pode dar, podemos conseguir em outro lugar.”**

Sigmund Freud

O Futuro de uma Ilusão (1927)

## AGRADECIMENTOS

Seria impossível terminar esta empreitada a que me dispus sem a colaboração de tantas pessoas às quais sou grata. Espero poder retribuir-lhes, um dia, à altura. Imagino assim justificar a extensa lista de agradecimentos que segue.

Ao meu orientador, Claudio Eizirik, pela acolhida carinhosa, pela orientação atenta, pelo direcionamento sábio e experiente e, principalmente, pela continência tão importante em uma orientação. Por ser um exemplo inquestionavelmente bem-sucedido da almejada união da clínica com a academia, recebe toda a minha admiração e todo meu reconhecimento.

À direção do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, por ter gentilmente e corajosamente aberto as portas da sua casa para a realização desta investigação. Em especial, agradeço aos presidentes Angela Piva e Cesar Bastos, que honraram a transdisciplinaridade tão defendida em nosso instituto ao aprovar de forma incondicional esta e outras pesquisas que lá realizei. Pela confiança e respeito em mim depositados, recebam meus sinceros agradecimentos.

À equipe de ambulatório do Contemporâneo: diretora Carolina Padoan, arquivista Sandra Sudatti (obrigada pela paciência!), recepcionistas com quem trabalhei neste período, em especial Adriana Soares, Luciana Bittencourt e Maristel Rodrigues, coordenadoras da equipe de funcionários Daniela Berger e Cristiane Boff, funcionárias Beatriz de Oliveira, Débora Saueressig, Lígia da Silva e Mara Regina Pereira, triadores, preceptores e todos os terapeutas. Devo este trabalho à luta diária de cada um de vocês. Por provarem que paciência e perseverança são palavras-chave em pesquisa, sou extremamente grata.

Aos queridos integrantes do Departamento de Pesquisa do Contemporâneo, por terem dado corpo e voz a esta e às demais pesquisas que juntos realizamos. A dedicação infatigável que demonstraram torna imprescindível citar o nome de todos: Camila Alves, Cassio Machado, Priscila Peres, Juliana Soares, Tamires Pires, Anelise Tavares, Viviane Tesche, Alice Umpierre, Eduardo Sommer, Bruna Dalmas, Stephanie Conte, Thatiana Rippel, Michelle Salazar, Julia Contessa, Isadora Onófrío, Franciele Chiele, Fernanda Miller, Luísa Varreira, Suzana de Souza, Alexandra Godoy, Carolina Druck, Gabriela Martins, Alessandra Reis – por me ajudarem no dia-a-dia da pesquisa com tamanha cumplicidade - e Carolina Padoan, Camila da Costa, Daniela Berger, Daniela D’Incao, Daniela Krieger, Letícia Lacerda, Fernando Basso, Ana Luisa Bortoloti, Mariana Fonseca, Maricéia Cossio e Sheila Pozzi – por possibilitarem a discussão madura de velhas e novas idéias. Em especial, agradeço o trabalho cuidadoso de três bravos guerreiros, Tanara Benites, Fabíola Cortezia e Rodrigo Souza, por terem conseguido dar conta da logística necessária para o seguimento desta numerosa amostra de pacientes.

Aos colegas do grupo de pesquisa da UFRGS, Ana Margareth Bassols, Julia Goi, Camila da Costa, Daniela Krieger, Pricilla Braga, Diogo Machado, Felipe Costa, Charlie Severo, Ellen Almeida, Lucas Seiki, Rafael Wellausen e Mariana Torres, por terem cumprido adequadamente suas funções de calorosos amigos, pacientes colegas e implacáveis supervisores.

A CAPES, pelo apoio financeiro; à secretária Cláudia Grabinski, pelo apoio administrativo.

Aos professores do PPG em Psiquiatria da UFRGS, de quem tive a honra de ser aluna; foi um privilégio conviver com profissionais tão competentes. Por terem me fornecido modelos invejáveis de docência, registro aqui minha admiração.

Ao professor e amigo Ricardo Silva, pela ajuda na elaboração deste projeto e pelo apoio constante durante sua execução. Não importa quantas vezes já tenha feito este agradecimento ao longo da minha trajetória profissional (formal ou informalmente), sinto que ainda não foi suficiente.

À Maria Lúcia Tiellet Nunes, pela inspiração que me fornece para a vida acadêmica e por aplacar as tantas frustrações que a pesquisa impõe.

À Carolina Padoan, por exercer de forma singular suas tarefas concretas ou simbólicas de minha amiga, colega, supervisora, pupila. Por tornar esta caminhada acadêmica mais prazerosa e divertida, muito obrigada!

À Eleonora Spinelli, por imprimir em minhas lembranças precoces o fascínio pela psicologia. Em um sentido semelhante, à Inácia Moraes, por te me apresentado à pesquisa em psicoterapia de forma tão encorajadora.

Aos meus pais, sempre e merecidamente. Aos demais amigos e familiares, pelo apoio e tolerância com este período tão voltado ao trabalho; mais do que isto, pelo incentivo constante.

Aos meus pacientes, que veladamente me proporcionaram espaço psíquico para a realização do doutorado.

Por fim, mas fundamentalmente, aos 557 pacientes que anonimamente optaram por romper um dos principais pressupostos da psicoterapia (o sigilo de suas informações) e confiaram na nossa equipe de pesquisa. Pela atitude ética que demonstraram ao fazer este pequeno sacrifício em nome da ciência, possibilitando que uma ampla gama de outros pacientes se beneficiasse destes resultados, dedico um agradecimento muito especial.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas.....	10
Lista de quadros e tabelas.....	11
Resumo.....	12
Abstract.....	14
1.APRESENTAÇÃO.....	16
2.INTRODUÇÃO.....	17
3.REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1.Caiu na rede é peixe? Entre as indicações para tratamento psicanalítico e o campo analítico.....	21
3.2. Objetivos terapêuticos para psicanálise e psicoterapia psicanalítica: Freud, Klein, Bion, Winnicott e Kohut.....	58
3.3. A pesquisa de resultados nos tratamentos psicanalíticos.....	90
4.OBJETIVOS.....	111
5.RESULTADOS.....	113
5.1. Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar (carta ao editor).....	114
5.2. <i>The indication and agreement to initiate treatment during     initial evaluation of psychodynamic psychotherapy.....</i>	118
5.3. <i>Initial improvement in adult psychodynamic psychotherapy.....</i>	155
6.CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	183
7.POSFÁCIO.....	187
8.ANEXOS.....	194
8.1.Projeto de pesquisa.....	195
8.2.Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	215
8.3.Fluxograma da amostra.....	216
9.REFERÊNCIAS.....	217

## ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIPT – Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DSQ-40 – *Defense Style Questionnaire – 40*

ICD-10 – *International Classification of Diseases - 10th edition*

SCL-90-R – *Symptom Check-List – 90 - Revised*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL-Brief – *World Health Organization Quality of Life – Brief version*

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### Artigo “**Caiu na rede é peixe? Entre as indicações para tratamento psicanalítico e o campo analítico.**”

Quadro 1: Critérios de indicação e contra-indicação para análise/psicoterapia psicanalítica propostos por autores internacionais..... 55

Quadro 2: Critérios de indicação e contra-indicação para análise/psicoterapia psicanalítica propostos por autores locais..... 57

### Artigo “**Indication and agreement to start treatment during initial evaluation of psychodynamic psychotherapy**”

Table 1: The socio-demographic characteristics of the sample..... 149

Table 2: The clinical characteristics of the sample..... 150

Table 3: The results of the Poisson regression in non-indication for psychodynamic psychotherapy..... 151

Table 4: The reasons stated by patients for not initiating treatment after receiving an indication for psychodynamic psychotherapy..... 152

Table 5: The results of the bivariate analysis for non-agreement to initiate psychotherapy - continuous variables..... 153

Table 6: The results of the Poisson regression for non-agreement to initiate psychodynamic psychotherapy..... 154

### Artigo “**Initial improvement in adult psychodynamic psychotherapy**”

Table 1: Differences in terms of means on baseline assessment between the group that did not return the second assessment and the group that completed the second assessment..... 178

Table 2: Differences in terms of sociodemographic variables between the group that did not return the second assessment and the group that completed the second assessment..... 179

Table 3: Differences in terms of clinical variables between the group that did not return the second assessment and the group that completed the second assessment..... 180

Table 4: Differences in the means between the first and second assessments... 181

Table 5: Grouping by cluster analysis of the five outcomes considered as improvement..... 182

## RESUMO

**Introdução:** Determinar critérios de indicação e contra-indicação para os tratamentos psicanalíticos é um ponto técnico crucial para a obtenção de melhora terapêutica. Entretanto, estes critérios costumam basear-se em especulações teóricas, não em investigações empíricas. Mesmo havendo discussão a respeito do que se considera melhora para o referencial psicanalítico, é relevante investigar se há diferença entre o perfil de pacientes que melhoram e não melhoram nas fases iniciais da psicoterapia psicanalítica, pois este dado tem o potencial de ser útil na indicação de tratamentos. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi identificar preditores de indicação/contra-indicação, concordância/não concordância em iniciar tratamento e melhora/não melhora inicial na psicoterapia psicanalítica de adultos. **Método:** Trata-se de uma coorte realizada em ambulatório de saúde mental de Porto Alegre com 557 pacientes que buscaram atendimento em um período de 20 meses. Foram aplicados instrumentos para verificar qualidade de vida, sintomas e estilo defensivo dos pacientes na triagem e ao sexto mês de tratamento. Os pacientes foram alocados, com base na avaliação dos triadores e terapeutas e a partir de questionários auto-aplicáveis, em: não indicação para psicoterapia psicanalítica, não concordância em iniciar tratamento, melhora/não melhora. **Resultados:** Primeiramente, constatou-se que os terapeutas que atendem neste ambulatório aderem, na amostra estudada, à técnica de psicoterapia psicanalítica em suas intervenções. O acompanhamento dos pacientes possibilitou encontrar que aqueles que buscam atendimento por queixas somáticas ou por queixas de atenção e com baixa escolaridade apresentaram menor probabilidade de receber indicação para psicoterapia psicanalítica; pacientes que percebem seus sintomas como muito intensos no momento da busca apresentaram

maior probabilidade de receberem indicação para este tratamento. Uma vez indicados para psicoterapia psicanalítica, os preditores de não concordância em iniciar tratamento foram: baixa escolaridade, baixa renda familiar, diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizotípico ou delirante, queixas depressivas e/ou nunca ter feito psicoterapia antes da busca atual. Os pacientes que permaneciam em tratamento ao final do sexto mês relataram melhor qualidade de vida, menor número de sintomas, redução na intensidade dos sintomas presentes e mudanças em alguns aspectos do seu estilo defensivo. Pacientes que buscaram tratamento por problemas de ansiedade apresentaram maior risco de não relatar melhora na qualidade de vida, sintomatologia e estilo defensivo nos seis primeiros meses de psicoterapia.

**Conclusões:** Apesar de a psicoterapia psicanalítica ser um tratamento de longa duração, pacientes demonstraram melhora na qualidade de vida, nos sintomas apresentados e no estilo defensivo logo nos primeiros seis meses de atendimento. É relevante fomentar estudos que investiguem o papel da interação paciente-terapeuta na determinação da melhora do paciente e na indicação para psicoterapia psicanalítica, e não apenas características individuais do paciente. É necessário rever a técnica empregada durante as avaliações iniciais para aqueles pacientes com o perfil de não concordância em iniciar tratamento, considerando tanto a análise das resistências capazes de serem superadas durante este período inicial como a verificação de outros possíveis tratamentos mais bem indicados para estes casos.

**Palavras-chave:** psicoterapia psicanalítica; indicação; contra-indicação; início de tratamento; concordância; melhora.

## ABSTRACT

**Introduction:** To determine criteria of indication and contraindication for psychoanalytic treatments is a crucial technical point for obtaining therapeutic improvement. However, these criteria are usually based on theoretical speculation, not on empirical investigations. Even though there is debate about how to define improvement within the psychoanalytic approach, it is important to investigate whether there are differences between the profile of patients who improve and those who do not improve during early stages of psychoanalytic psychotherapy, because this information have potential to be useful when indicating treatments. **Objectives:** The aim of this study was to identify predictors of indication/contraindication, agreement/disagreement in starting treatment and improvement/no improvement during initial stages of psychoanalytic psychotherapy of adults. **Methods:** This was a cohort study conducted at an outpatient mental health clinic of Porto Alegre (Southern Brazil) with 557 patients who sought treatment in a period of 20 months. Instruments were administered to check quality of life, symptoms and defensive style of patients at the intake interview and at the sixth month of treatment. Patients were allocated, based on the evaluation of their interviewers and therapists and from self-administered questionnaires, into: not indicated for psychoanalytic psychotherapy, not concordant to initiate treatment, improved / did not improve after six months of treatment. **Results:** First, we found that a sample of therapists who attend at this clinic adhere to the psychoanalytic psychotherapy technique in their interventions. The follow-up analyzes showed that patients who seek care because of somatic or attention complaints or complaints and with low educational level were less likely to be indicated for psychoanalytic psychotherapy; patients who perceive their

symptoms as very intense at the time of the search were more likely to be indicated to this treatment. Once referred to psychoanalytic psychotherapy, the predictors of non-agreement in starting treatment were: low educational level, low family income, diagnosis of schizophrenia, schizotypal or delusional disorder, depressive symptoms, and/or never having undergone psychotherapy before. Patients who remained on treatment at the end of the sixth month reported better quality of life, fewer symptoms, reduction in the intensity of symptoms, and changes in some aspects of defensive style. Patients seeking treatment for anxiety disorders had higher risk of not reporting improvement in quality of life, symptoms and defensive style in the first six months of psychotherapy. **Conclusions:** Although psychoanalytic psychotherapy is considered a long-term treatment, patients demonstrated improvement in quality of life, symptoms and defensive style during the first six months of treatment. It is important to encourage studies to investigate the role of the patient-therapist interaction in the determination of patient improvement and indication/contraindication for psychoanalytic psychotherapy, not just individual characteristics of the patient. It is necessary to review the technique used during the initial assessments for those patients with the profile of non-agreement to start treatment, considering both the analysis of resistances capable to be overcome during this initial period as checking for other possible treatments better indicated for these cases.

**Keywords:** psychoanalytic psychotherapy; indication, contraindication, treatment initiation; agreement; improvement.

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Indicação, concordância em iniciar tratamento e melhora inicial na psicoterapia psicanalítica”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 22 de março de 2013. O material é dividido em cinco partes, na ordem que segue:

1. Introdução
2. Revisão da Literatura – apresentada na forma de três artigos
3. Objetivos
4. Resultados – apresentados na forma de três artigos
5. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o projeto de pesquisa, carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e fluxograma da amostra deste estudo, estão apresentados nos anexos.

## INTRODUÇÃO

A presente investigação nasceu da constatação de que, ao menos em instituições (onde é realizada a maioria das investigações quantitativas), é alta a taxa de abandono das psicoterapias (SWIFT, GREENBERG, 2012). Uma das hipóteses para a elevada prevalência/incidência de abandonos seria a falta de critérios precisos de indicação e contra-indicação para as psicoterapias (OGRODNICZUK, JOYCE, PIPER, 2005), o que ocasionaria indicações inadequadas da técnica psicanalítica para pacientes com pouca chance de se adaptarem à mesma (HAUCK et al., 2007). “Caiu na rede é peixe?”, costuma-se indagar de forma irônica a respeito do movimento atual dos psicoterapeutas. Como toda forma de tratamento, as psicoterapias não devem ser aplicadas indiscriminadamente para todos os pacientes (CROWN, 1983; LINDEN, 2012), pois o desrespeito aos critérios de indicação/contra-indicação pode levar terapeutas e pacientes a investirem em tratamentos com pouca chance de melhora ou com efeitos negativos. Assim, foi construído um projeto de pesquisa que contemplasse a possibilidade de responder quantitativamente algumas destas questões. O projeto de pesquisa foi aprovado pela comissão docente e compõe esta tese (Anexo A); o mesmo foi também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo B).

O projeto baseia-se em convidar os pacientes adultos que buscam atendimento em um ambulatório de saúde mental a participar desta pesquisa, preenchendo avaliação inicial quanto à qualidade de vida, sintomatologia atual e estilo defensivo. A mesma avaliação seria novamente preenchida aos seis e aos 12 meses. Entretanto, tendo em vista que o número de pacientes que preencheram a última avaliação foi insuficiente para a realização de análises estatísticas robustas

(ver fluxograma da amostra, Anexo C), optou-se por não utilizar, neste momento, estes dados. Por isso, o leitor perceberá esta diferença entre o projeto de pesquisa apresentado e os artigos que compõem esta tese.

Assim, iniciou-se a investigação, acompanhando os pacientes desde a sua entrada na clínica. Deparou-se, logo no início, com o mesmo problema do qual nasceu esta pesquisa: muitos pacientes interrompem o atendimento logo nas fases iniciais para tratamento, ainda na avaliação. Desta forma, o objetivo da presente investigação foi ampliado. Já que concordar em iniciar tratamento é um passo importante para se beneficiar dele, é relevante investigar outros fatores associados à indicação e à melhora na psicoterapia psicanalítica: Dos pacientes que buscam tratamento, quais recebem indicação de psicoterapia psicanalítica? Dentre os pacientes que recebem indicação, quais concordam em iniciar o tratamento indicado? Dos que iniciam, quais apresentam melhora logo nos seis primeiros meses? As respostas a estas perguntas podem ser úteis no estabelecimento de indicações e manejos terapêuticos mais precisos e mais adequados à clientela contemporânea.

No planejamento da investigação realizada, três outras perguntas passaram a inquietar os pesquisadores: 1) Quais os critérios de indicação e contra-indicação preconizados na literatura para psicoterapia psicanalítica? 2) Já que cada escola defende diferentes objetivos terapêuticos, o que se considera melhora dentro do referencial teórico psicanalítico? 3) Por que responder estas perguntas através de estudos quantitativos? A fundamentação teórica dedica-se, então, a responder estas três indagações.

Espera-se que ao longo desta tese o leitor encontre algumas das respostas possíveis para as tantas perguntas levantadas neste primeiro momento.

## **Referências**

CROWN, S. Contraindications and dangers of psychotherapy. **British Journal of Psychiatry**, 143, 436-41, 1983.

LINDEN, M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, Jan 18, 2012 (Epub ahead of print).

HAUCK, S.; KRUEL, L.; SORDI, A.; SBARDELLOTTO, G.; CERVIERI, A.; MOSCHETTI, L.; SCHESTATSKY, S.; CEITLIN, LH. Factors related to early dropout in psychoanalytic psychotherapy. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 29, 265-273, 2007.

OGRODNICZUK, J.S.; JOYCE, A.S.; PIPER, W.E. Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. **Harvard Review of Psychiatry**, 13(2), 57-70, 2005.

SWIFT, J.K.; GREENBERG, R.P. Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 80(4), 547-559, 2012.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Os temas revisados estão apresentados em formato de artigos, redigidos (quanto à extensão, à ordem dos elementos e à formatação de fonte, referências, tabelas e quadros) conforme as exigências do local de publicação.

**Caiu na rede é peixe? Entre as indicações de tratamento psicanalítico e o campo analítico**

Is it all grist to the mill? Between the indications for psychoanalytic treatment and the analytical field

Marina Bento Gastaud, Julia Domingues Goi, Ana Margareth Bassols, Camila Piva da Costa, Daniela Krieger, Diogo Machado, Felipe Bauer Pinto da Costa, Jair Knijnik, Mariana Torres, Pricilla Braga, Stefania PigattoTeche, Rafael Wellausen, Claudio Laks Eizirik

Versão na língua inglesa publicada em *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 2013; 35(1): 12-23.

**Resumo:** Determinar critérios de indicação e contra-indicação para os tratamentos psicanalíticos parece um ponto técnico crucial para a obtenção de sucesso terapêutico e elevação de seus índices de efetividade. Na revisão da literatura clássica sobre o tema, percebe-se que a idade, o diagnóstico do paciente, motivação para tratamento, momento de vida, capacidade de insight, o sofrimento psíquico apresentado no momento da busca, o estilo defensivo e a tolerância à frustração são alguns dos pontos analisados pelos terapeutas/analistas para indicar tratamentos psicanalíticos. Contudo, classicamente, tais indicações provêm de um período em que a relação terapêutica era vista em termos de um terapeuta atendendo um paciente sem levar em conta a relação terapêutica propriamente dita. O objetivo deste artigo é revisar criticamente a relevância e atualidade das indicações para tratamentos psicanalíticos, tendo em vista a evolução dos conhecimentos sobre o campo analítico. Considerando

casos que não evoluem da maneira esperada segundo as indicações, pacientes que se adaptam melhor a determinados terapeutas e duplas que modificam sua interação ao longo do tempo de tratamento, questiona-se ainda quais seriam os elementos necessários na avaliação de um paciente candidato a tratamentos psicanalíticos, bem como os elementos significativos da ação terapêutica.

**Palavras-chave:** psicanálise, psicoterapia psicanalítica, indicação, contra-indicação, campo analítico.

## **Introdução**

A efetividade da psicoterapia psicanalítica tem sido comprovada por diversos estudos nacionais <sup>(1-4)</sup> e internacionais <sup>(5-10)</sup>, contribuindo para o desenvolvimento de *psicoterapias baseadas em evidência* <sup>(11-13)</sup>. Entretanto, sua efetividade depende do estabelecimento de critérios precisos de indicação e contra-indicação <sup>(14, 15)</sup>. Pesquisas demonstram que o abandono de tratamento nas psicoterapias psicanalíticas mostra-se como um desfecho bastante prevalente <sup>(16)</sup>, preocupando psicoterapeutas de diversas escolas. Altos índices de abandono em psicoterapia explicam-se, possivelmente, pela falta de precisão das indicações para tratamento. Os critérios de indicação e contra-indicação precisam, então, ser revisados, tendo em vista que se modificam de tempos em tempos em virtude da modernização das técnicas terapêuticas. Assim, determinar critérios de indicação e contra-indicação para psicoterapia psicanalítica parece um ponto técnico crucial para a obtenção de sucesso terapêutico e elevação de seus índices de efetividade.

A tentativa de delimitar a efetividade da técnica psicanalítica teve início nos primórdios da psicanálise: em 12 de dezembro de 1904, Freud pronunciou uma conferência no Colégio Médico de Viena em que postulou que sua nova modalidade de tratamento estaria indicada para o que hoje chamamos de neuroses e contra-indicada para pacientes que não possuam certo grau de cultura e um caráter em alguma medida confiável <sup>(17)</sup>. Nessa mesma conferência, Freud alertou que casos de psicose, perversão, adição e psicopatia são sempre difíceis de serem tratados com psicanálise, contra-indicando também casos agudos e emergências, mencionando especificamente a anorexia nervosa. Freud alicerçava seus critérios de indicação e contra-indicação tanto na enfermidade do sujeito (diagnóstico) quanto em fatores do

próprio paciente e suas características de personalidade. Por isso, segundo ele, a idade do paciente também impunha limite à utilização da técnica psicanalítica, considerando que pessoas próximas aos 50 anos já carecem de suficiente plasticidade para obter benefício do método psicanalítico.

Como se verificará adiante, a literatura psicanalítica demonstra contradição ao determinar critérios de indicação e contra-indicação de análise e psicoterapia psicanalítica, deixando uma lacuna que precisa ser preenchida também a partir de dados empíricos, não apenas na especulação teórica. Assim, Fonagy <sup>(18)</sup> revisou pesquisas de efetividade envolvendo diversas modalidades terapêuticas e comparou seus efeitos para as diferentes psicopatologias. Encontrou que a psicoterapia psicanalítica apresenta menor evidência de efetividade do que as demais psicoterapias em casos de esquizofrenia, transtorno bipolar em episódio maníaco e anorexia nervosa. Salienta, entretanto, que a ausência de evidência para tratamento psicanalítico não deveria ser confundida com evidência de ineficácia, apontando a necessidade de pesquisadores voltarem suas atenções a esse amplo foco de pesquisa.

O mito de que todos os pacientes podem ser tratados e curados pela psicoterapia parece estar associado a dificuldades e reservas de mercado de trabalho dos psicoterapeutas em geral, mas não pode mais ser sustentado hoje em dia. Os progressos da ciência, da psicofarmacologia e da pesquisa de resultados terapêuticos cada vez mais exigem dos psicoterapeutas refinamento nas avaliações e indicações terapêuticas <sup>(19)</sup>. É responsabilidade do terapeuta indicar à pessoa que o procura a melhor técnica e a que pode trazer mais benefícios para o alívio de seu sofrimento.

Entretanto, muitas vezes, o período inicial de avaliação é insuficiente para determinar o prognóstico de um tratamento. Além das características do próprio paciente, variáveis da dupla paciente-terapeuta e da interação entre ela (o campo

analítico formado, a aliança terapêutica, a transferência/contratransferência que se estabelece, a capacidade de combater resistências, etc) são fundamentais para o estabelecimento de um processo terapêutico, características estas que se evidenciam no decorrer de um tratamento.

O objetivo deste artigo é, portanto, apresentar os distintos critérios de indicação e contra-indicação para os tratamentos psicanalíticos encontrados na literatura (resumidos nos quadros 1 e 2) e discutir sua pertinência clínica na atualidade, tendo em vista as ampliações recentes na técnica e no seu potencial de alcance e considerando a ênfase contemporânea dada ao campo analítico como determinante do prognóstico do tratamento.

É importante ressaltar que muitos autores não diferenciam explicitamente as indicações para análise das indicações para psicoterapia psicanalítica. Parece relevante, portanto, fazer a ressalva de que o objetivo da psicoterapia de orientação analítica seria o tratamento focado no conflito atual do paciente, enquanto a psicanálise teria por objetivo a elaboração do conflito primário <sup>(20)</sup>. Para Kernberg <sup>(21)</sup>, o objetivo da psicanálise seria as alterações da estrutura – a integração dos conflitos inconscientes recalcados ou dissociados no ego consciente -, enquanto o objetivo das psicoterapias psicanalíticas seria a reorganização parcial da estrutura psíquica, num contexto de mudanças sintomáticas significativas. Considera-se estrutura a base de ordenamento estável dos elementos metapsicológicos constantes e essenciais em um sujeito, tais como a natureza da angústia, o nível de regressão da libido e do ego, modo relacional, natureza do conflito e principais defesas <sup>(22)</sup>. Mudança estrutural, neste paradigma, refere-se a movimentos evolutivos ou involutivos nas relações entre os elementos que constituem esse ordenamento estável.

Assim, os critérios de indicação e contra-indicação para análise e psicoterapia psicanalítica podem ser distintos, pois influem no nível de regressão ao qual o paciente é submetido. Para Kaplan e Sadock <sup>(23)</sup>, por exemplo, como nas psicoterapias não haveria o desenvolvimento de uma neurose de transferência, as indicações para estes tratamentos seriam mais amplas do que para psicanálise. Mesmo assim, tendo em vista que nem todos os autores explicitam ou diferenciam os critérios entre uma abordagem e outra, as diferenças entre análise e psicoterapia psicanalítica serão discutidas separadamente neste trabalho apenas quando o autor em questão assim o faz.

## **Características do paciente**

### Idade

Percebe-se uma evolução da consideração da idade do paciente para indicar tratamento psicanalítico no decorrer da construção teórica da psicanálise. O estabelecimento de um limite de idade como indicação para psicanálise proposto por Freud começou a ser revisto por autores clássicos como Abraham <sup>(24)</sup> e Hanna Segal <sup>(25)</sup>, os quais publicaram trabalhos comprovando a eficácia da psicanálise em pacientes com mais de 50 anos. Nacht e Lebovici <sup>(26)</sup>, por sua vez, aceitam o critério de idade proposto por Freud e estabelecem um limite ainda mais estreito para o paciente começar análise: 40 anos. Para Kernberg <sup>(21)</sup>, a idade avançada deve ser um critério a ser analisado cuidadosamente pelo analista ao indicar uma análise, mas não é um fator determinante para a psicoterapia psicanalítica.

Fenichel <sup>(27)</sup> argumentava, em 1934, que a idade ideal para início de uma análise seria dos 15 aos 40 anos, embora não considerasse impossível que um

tratamento bem sucedido ocorresse fora deste limite, desde que exista certa flexibilidade da personalidade e capacidade de raciocinar. No caso específico das crianças, o tratamento estaria dificultado pela dupla resistência que o analista precisa enfrentar (tanto da criança quanto dos pais), mas esta dificuldade não configura uma contra-indicação. O limite inferior de idade real seria dado pela capacidade de falar.

Para Dewald <sup>(28)</sup>, o adulto jovem tem mais potencial de realizar mudanças que julgue necessárias, enquanto os *insights* do idoso podem deixá-lo deprimido, pois há menos tempo pela frente para realizar modificações importantes. O adolescente por sua vez, pode ser menos capaz de tomar uma distância reflexiva apropriada. De qualquer modo, Dewald não defende que a idade seja fator de contra-indicação, mas recomenda cuidadoso exame diante dos extremos da idade.

Autores contemporâneos <sup>(20, 29-31)</sup>, diante das crescentes evidências de que a análise ou psicoterapia psicanalítica é capaz de trazer benefícios tanto a crianças quanto a idosos, refutam este preceito e retiram do rol das contra-indicações clássicas um limite de idade pré-estabelecido. Mesmo que os idosos estejam menos propensos a receber tratamentos psicológicos em geral, já existem alguns ensaios clínicos, principalmente em pacientes deprimidos, atestando a efetividade da psicoterapia psicanalítica para esta população <sup>(32)</sup>.

### Diagnóstico

De acordo com a literatura revisada, os seguintes critérios de indicação foram listados pelos autores:

- Neuroses <sup>(17, 19, 26, 27, 30, 33-37)</sup>,
- Doenças psicossomáticas <sup>(37)</sup>,
- Inibições sexuais (impotência e frigidez) <sup>(34)</sup>,

- Transtornos de personalidade obsessivo, evitativo, histérico, narcisista, dependente (20, 38),
- Depressão e distímia (27, 34, 37, 38),
- Transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático (38).

Os tratamentos psicanalíticos estariam contra-indicados para:

- Psicoses (19, 27, 30, 34, 37),
- Transtorno obsessivo-compulsivo (38),
- Perversões (27, 30) e personalidade anti-social (20, 30, 34, 38),
- Adições (19, 27, 30),
- Depressão grave (com tentativas de suicídio) (19),
- Fobias incapacitantes (19),
- Personalidades *borderline* com atuações graves (19),
- Síndrome cerebral orgânica/demências (19, 29),
- Déficit cognitivo (19, 21, 28),
- Transtornos alimentares graves (19).

Os critérios foram expostos de forma esquematizada, com fins didáticos, pois não há unanimidade na literatura sobre o tema. Zetzel (35), por exemplo, propõe que dentro de um mesmo diagnóstico, critérios de indicação e contra-indicação variam: alguns tipos de histeria responderiam melhor à análise do que outros e o mesmo ocorreria com casos de transtorno de personalidade obsessiva. Dewald (28) e Zimmerman (29) também criticam o uso de diagnóstico clínico para determinar indicações de análise e psicoterapia psicanalítica, já que pacientes obsessivos podem

apresentar piores prognósticos do que reações psicóticas agudas, dependendo do paciente <sup>(29)</sup>.

Para Fenichel <sup>(27)</sup>, a análise estaria indicada para todas as pessoas que possuem conflitos neuróticos e contra-indicada para conflitos que correspondam a uma fase anterior à existência de objetos, havendo incapacidade e falta de interesse em manter contato com outros. Há exceções, entretanto, para casos psicóticos que mantenham resquícios de boa relação objetal, em que o analista pode promover gradualmente aptidão para o tratamento psicanalítico. A mesma exceção se aplica a casos com personalidades esquizóides, em que a análise pode prevenir psicose futura. Certas complicações podem fazer com que a análise de um histérico seja muito difícil e a de um esquizofrênico muito fácil. É preciso considerar, caso a caso, motivação, resistências, flexibilidade, ganho secundário e desejo de melhora <sup>(27)</sup>. Em casos de retardo mental, quando a análise é impossível, a compreensão analítica pode ajudar <sup>(27)</sup>.

Do ponto de vista do diagnóstico estrutural Kernberg avalia a estrutura do ego e do superego, a qualidade das relações de objeto internalizadas e a qualidade do manejo defensivo em relação aos derivados libidinais e agressivos. Na classificação de Kernberg <sup>(21, 36, 39-43)</sup>, para as organizações de personalidade a psicanálise deve ser o tratamento de escolha para os pacientes cuja organização é neurótica, a psicoterapia psicanalítica é a principal indicação para pacientes com organização *borderline* e a psicoterapia de apoio é a opção de tratamento para os pacientes cuja organização é psicótica.

Keidann e Dal Zot <sup>(19)</sup> não excluem a possibilidade de oferecer psicoterapia psicanalítica aos casos de contra-indicação com base no diagnóstico (ver Quadro 2), desde que a mesma seja combinada com outros tratamentos, como terapias

suportivas, comportamentais, uso de psicofármacos ou internação hospitalar. A mesma opinião é compartilhada por Eizirik e Hauck <sup>(20)</sup>, especificamente ao afirmarem que o transtorno de personalidade *borderline* pode ter benefícios com intervenções psicanalíticas modificadas <sup>(20)</sup>.

Gabbard <sup>(38)</sup> contra-indica a terapia de longa duração para transtorno obsessivo-compulsivo, mas faz a ressalva de que terapia psicodinâmica nesses casos poderia auxiliar na adesão ao tratamento farmacológico e na maneira de lidar com problemas de relacionamento. Afirma ainda que no tratamento de esquizofrênicos e bipolares, em associação com medicação, a compreensão psicodinâmica pode ser útil para avaliar resistências à melhora e as dificuldades contratransferenciais do terapeuta.

Pesquisas empíricas têm ajudado a delimitar diagnósticos para os quais a psicoterapia psicanalítica pode ser efetiva. Uma revisão realizada pelo comitê de pesquisa da IPA (*International Psychoanalytical Association*) concluiu que existem evidências consistentes de eficácia desta modalidade terapêutica para o tratamento de neuroses consideradas de gravidade moderada, e evidências menos consistentes de sua eficácia no tratamento de pacientes neuróticos graves <sup>(44)</sup>. Em estudos prospectivos com pacientes portadores de algum transtorno de personalidade, evidenciaram-se melhoras substanciais no grupo tratado com psicoterapia psicanalítica <sup>(45-47)</sup>. Para o transtorno de personalidade *borderline*, especificamente, foi analisado um programa de tratamento diário psicodinamicamente orientado, composto de terapia em grupo e sessões individuais, e constatou-se melhora significativamente superior ao grupo controle, com mais ganhos no *follow up* <sup>(48)</sup>. Para uma revisão mais detalhada dos estudos empíricos disponíveis acerca da

efetividade dos tratamentos psicanalíticos para cada diagnóstico, ver Roth e Fonagy<sup>(49)</sup>, Leichsenring<sup>(8)</sup> e Leichsenring e Rabung<sup>(50)</sup>.

### Momento de vida

Classicamente, iniciar uma análise em pleno período crítico de sintomas emocionais agudos, situacionais, neuróticos e psicóticos seria contra-indicado. Dewald<sup>(28)</sup> sustenta que a psicoterapia voltada para o insight é geralmente indicada depois da estabilização razoável da doença. Zimerman (29), entretanto, argumenta que este critério não mais se sustenta hoje em dia, quando é possível iniciar um processo analítico com o uso simultâneo de psicofármacos.

Ademais, Fenichel<sup>(27)</sup> argumenta que não se deve iniciar uma análise quando o paciente apresenta uma situação de vida desfavorável. Para ele, pessoas que vivem em situação incompatível com a gratificação e a quem a neurose oferece uma ilusão necessária à sobrevivência podem se prejudicar com a análise, tornando-se mais tristes. Esta é uma implicação ética importante nos critérios de indicação e contra-indicação discutida mais adiante. Quando há urgência no sintoma, como a presença de ideação suicida, também se deve contra-indicar análise. O mesmo é válido para perturbações graves de fala. Mesmo que seja possível a substituição do falar pela escrita em alguns casos, ao menos temporariamente, esta situação deve ser analisada com cuidado.

Condições práticas também são necessárias para que o paciente se empenhe em um tratamento psicanalítico. O paciente precisa se propor a tratamento por prazo longo, ter tempo, regularidade, condição econômica e apoio dos familiares para ter indicação de tratamentos voltados ao *insight*<sup>(28)</sup>. Precisa ter capacidade de manter um

emprego para custear o tratamento de longo prazo <sup>(31)</sup>, além de disposição de investir tempo e dinheiro no tratamento <sup>(19, 20)</sup>.

### Motivação para o tratamento

Quanto maior o desejo consciente de mudar, melhor o prognóstico do paciente. O paciente precisa ter motivação para enfrentar suas resistências, sendo que esta avaliação vai além do que o paciente relata – o analista precisa estar atento à motivação inconsciente do paciente para enfrentar suas resistências e vencer sua doença <sup>(20, 21, 23, 27, 31, 37)</sup>. Entende-se e aceita-se que o paciente não tenha motivação manifesta plena na fase inicial do tratamento, pois isso poderá mudar ao longo da terapia <sup>(28)</sup>.

Zimerman <sup>(29)</sup> contra-indica tratamento psicanalítico para casos que apresentem motivação esdrúxula. Há, ainda, os casos em que se percebe um evidente ganho secundário com a patologia, os quais estariam contra-indicados na opinião de Greenson <sup>(37)</sup>.

Keidann e Dal Zot <sup>(19)</sup> sugerem que o terapeuta se baseie nos seguintes aspectos para avaliar a motivação do paciente: 1) busca espontânea por tratamento; 2) reconhecimento da natureza psicológica dos sintomas; 3) tendência à introspecção e relato honesto e verdadeiro; 4) participação ativa no processo de tratamento, demonstrando curiosidade e desejo de se entender; 5) responsabilidade de modificar as dificuldades que enfrenta; 6) expectativas realistas em relação à psicoterapia de orientação analítica; 7) disposição de investir tempo e dinheiro no tratamento.

Outros itens que podem ser considerados na análise da motivação seriam a presença de queixas centradas em si e não em terceiros, a resposta a interpretações de prova e a pontualidade do pacientes às entrevistas.

### Capacidade de abstração e simbolização/Capacidade de *insight*

Quanto mais o paciente estiver apto para introspecção e conhecimento de sua vida emocional, e da vida emocional e reação dos outros, mais provavelmente irá receber o efeito do trabalho terapêutico <sup>(28)</sup>. A tendência à introspecção também é defendida como critério de indicação por Keidann e Dal Zot <sup>(19)</sup>, juntamente com a capacidade de simbolização <sup>(29)</sup>. Gabbard <sup>(31)</sup> utiliza como critério de indicação para tratamentos expressivos a capacidade de pensar em termos de analogias e metáforas, a capacidade de *insight* e o uso por parte do paciente de respostas reflexivas às tentativas de interpretações. Kernberg <sup>(21)</sup> indica para os pacientes com limitações na capacidade de insight a psicoterapia de apoio de base psicanalítica. Em suma, parece necessário que o paciente consiga pensar psicologicamente <sup>(20)</sup> para que se indique um tratamento psicanalítico. Ademais, o paciente deve ter inteligência no mínimo na média para ser indicado a tratamentos voltados ao insight <sup>(19, 21, 28)</sup>.

### Significativas relações de objeto

O paciente precisa ter capacidade prévia de estabelecer e manter laços emocionalmente significativos com outras pessoas para receber indicação de análise/psicoterapia psicanalítica <sup>(20, 21, 28, 31)</sup>.

O estabelecimento de pelo menos uma relação de qualidade e emocionalmente significativa no passado é um indicador de que esta capacidade pode ser resgatada pela psicoterapia psicanalítica <sup>(19, 20)</sup>. Fenichel <sup>(27)</sup> defende a necessidade de o paciente ter resquícios de boa relação objetal para iniciar uma análise: onde falta a base de relação de objeto, a psicanálise seria inaplicável; onde essa base é muito reduzida, exige-se adaptação/mudança da técnica.

### Estilo defensivo

Dewald <sup>(28)</sup> afirma que quanto maior a flexibilidade e a variedade de padrões defensivos disponíveis, mais apto estará o paciente para encontrar modelos de integração mais eficazes. Defesas mais primitivas podem desaconselhar o tratamento para *insight*.

Quanto à capacidade de controlar os impulsos, há contradição na literatura pesquisada. Tanto Keidann e Dal Zot <sup>(19)</sup> como Gabbard <sup>(31)</sup> advogam a favor de o paciente ter uma capacidade prévia de controle dos impulsos para iniciar um tratamento voltado ao insight. O padrão defensivo prevalente (primitivo *versus* maduro) frente às necessidades pulsionais é um dos fatores que Kernberg <sup>(21)</sup> sugere ser um divisor de águas entre as diferentes indicações de tratamento de base psicanalítica. A impossibilidade de controlar as atuações de ameaça à vida ou à terapia é uma condição de contra-indicação para psicoterapia psicanalítica <sup>(21)</sup>. Eizirik e Hauck <sup>(20)</sup>, por sua vez, atestam que a psicoterapia psicanalítica pode ser indicada para casos de descontrole de impulsos, sendo possível desenvolver gradativamente esta capacidade ao longo do tratamento.

### Sofrimento psíquico

Por estar relacionado à motivação para tratamento e por ser um importante aspecto da avaliação custo-benefício de um tratamento de longo prazo, o sofrimento psíquico é um fator determinante para se indicar psicoterapia psicanalítica ou análise a um paciente <sup>(23, 31)</sup>.

Apresentado na literatura psicanalítica de diversas formas – Fenichel <sup>(27)</sup> desaconselhava a indicação de análise para “neuroses de pouca importância” (p.642)

-, a indicação de tratamento psicanalítico baseada no sofrimento psíquico amplia a discussão a respeito do diagnóstico clínico. Mesmo sem apresentar diagnóstico psiquiátrico formal, indivíduos com aspectos disfuncionais em sua vida se beneficiam muito do método psicanalítico (20), bem como pacientes com um conflito focal que se expresse por meio de sintomas ou padrões de comportamento interpessoais que causem sofrimento <sup>(19)</sup>.

Para avaliar o sofrimento psíquico do paciente, um aspecto central é a resposta contratransferencial, que pode ser de empatia/identificação com o paciente ou de distância do mesmo.

#### Acessibilidade ao inconsciente

A indicação e contra-indicação devem basear-se na acessibilidade do paciente às interpretações do analista/terapeuta, não na patologia manifesta pelo paciente. O critério da acessibilidade do paciente atenta principalmente para a motivação, a disponibilidade, a coragem e a capacidade de o paciente permitir um acesso ao seu inconsciente, para o analista e para ele mesmo <sup>(29)</sup>. Para Glover <sup>(34)</sup>, a acessibilidade ao inconsciente do paciente depende de seu potencial de transferência.

A capacidade de vencer as resistências é um fator clássico de indicação, pois é um indicador de que o paciente apresenta ego razoável e cooperativo, necessário aliado do terapeuta durante um tratamento analítico <sup>(27)</sup>.

#### Teste de realidade intacto

Kernberg <sup>(39-43)</sup> define que o grau de contato do paciente com a realidade é dos principais critérios para indicação de tratamentos psicanalíticos. Pacientes que apresentam intensa distorção na autorrepresentação e na representação de objeto,

prejuízo na capacidade de perceber se os estímulos se originam interna ou externamente e, ainda, prejuízo na capacidade de manter empatia não são indicados para psicanálise, mas poderiam se beneficiar muito de uma psicoterapia psicanalítica modificada.

O teste de realidade intacto é considerado critério de indicação para psicoterapia psicanalítica também por Keidann e Dal Zot <sup>(19)</sup>, Gabbard <sup>(31)</sup> e Eizirik e Hauck <sup>(20)</sup>.

### Outros fatores dinâmicos

A ampliação do diagnóstico descritivo, através da avaliação psicodinâmica de diferentes aspectos da personalidade do paciente, é fundamental para a indicação de tratamento, pois fornece informações sobre funcionamento mental que não são contempladas pelo diagnóstico nosológico centrado na descrição de sintomas. A avaliação psicodinâmica foi operacionalizada com a criação do *Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD)* <sup>(51-53)</sup>, atualmente na sua segunda versão e ainda sem validação para uso no Brasil. O instrumento apresenta cinco eixos que avaliam: 1) vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento; 2) relações interpessoais; 3) conflito; 4) estrutura e 5) diagnóstico tradicional (CID e DSM). A avaliação dessas dimensões psicodinâmicas seria fundamental para a compreensão da personalidade do paciente resultando tanto em uma maior adequação da indicação do tratamento quanto em um melhor planejamento e condução do processo psicoterapêutico e/ou analítico.

Além dos anteriormente mencionados, tolerância à ansiedade e à frustração são critérios importantes de indicação encontrados na literatura <sup>(19-21, 23, 28, 31)</sup>.

Dewald <sup>(28)</sup> alerta para a avaliação de dois outros aspectos psicodinâmicos do paciente. O primeiro seria a análise das funções do id: quanto mais o nível do conflito estiver centrado na fase fálica e edípica, melhor será o prognóstico e mais indicado estaria o tratamento voltado para *insight*. O segundo seria a análise das funções do superego: indivíduos muito rígidos ou então sem internalização de conjunto de valores e regras são candidatos desfavorecidos para o tratamento voltado para insight. O processo da terapia, para ele, acontece através de uma aliança terapêutica entre as partes saudáveis do ego do paciente e terapeuta, chamada por ele de energia do ego.

Kaplan e Sadock <sup>(23)</sup> diferenciam as indicações e contra-indicações para análise e psicoterapia. Para análise, estariam indicados os pacientes com conflitos inconscientes que provoquem sinais, sintomas ou problemas de caráter, ou os conflitos de personalidade. Especificamente para análise, pacientes que relatam falhas em psicoterapia prévia estariam indicados. A contra-indicação para análise repousa em pacientes com ausência de ego racional e cooperativo, ausência de sofrimento maior, urgências que não permitam esperar pelo estabelecimento de uma neurose de transferência e situação de vida inalterável em que o tratamento se torne uma dificuldade ainda maior. A indicação para psicoterapia psicanalítica seria personalidade madura, capacidade para aliança terapêutica, tolerância à frustração e motivação.

Kernberg <sup>(21)</sup> também faz tal diferenciação: para a psicanálise, seria importante analisar a força do ego, da motivação, do insight ou da introspecção, dos ganhos secundários, da inteligência e da idade; para a psicoterapia psicanalítica, os ganhos secundários, a impossibilidade de controlar as atuações de ameaça à vida ou à terapia, a inteligência limitada, as significativas características anti-sociais e uma

situação de vida desesperada podem constituir contra-indicações, especialmente se associadas. Quando não houver indicação para análise ou psicoterapia psicanalítica, a psicoterapia de apoio torna-se o tratamento de eleição. Neste caso, a capacidade de compromisso suficiente para um tratamento constante e a ausência de elementos anti-sociais graves são os requisitos mínimos.

Eizirik e Hauck <sup>(20)</sup> lembram a necessidade de uma integração mínima do ego para indicação de análise, em função do estabelecimento da neurose de transferência e do estresse adicional que o processo analítico impõe ao indivíduo. Etchegoyen <sup>(30)</sup> lembra que o paciente precisa ter uma “vocação para análise” (p.30) para iniciar psicoterapia psicanalítica ou análise, o equivalente ao que Bion denominou de função psicanalítica da personalidade.

Algumas vezes, as características do paciente não se mostram claras durante as entrevistas iniciais. Nestes casos, apesar de alguns previsíveis inconvenientes, muitos psicanalistas defendem a combinação de uma espécie de “análise de prova” ou “análise teste”, que consiste em prolongar a entrevista inicial por um período relativamente mais longo para que só então ambos do par analítico assumam uma posição definitiva quanto à efetivação formal da análise <sup>(23, 27, 29)</sup>. Outras opções, sugeridas por Dewald <sup>(28)</sup>, seriam fazer um contrato provisório de trabalho e seguir mais tempo com a avaliação inicial ou testar, durante a avaliação inicial, uma interpretação superficial e avaliar como o paciente responde à mesma.

### **Características do terapeuta**

As contribuições do terapeuta para o resultado de um tratamento psicanalítico podem ser divididas em três dimensões: a técnica empregada, a sua habilidade em

empregar a técnica e as suas qualidades pessoais – como empatia, acolhimento e sinceridade <sup>(54)</sup>. Em estudos de efetividade, foi possível constatar que, mesmo que alguns terapeutas tenham alcançado consistentemente melhores resultados, mesmo aqueles terapeutas com um pobre desempenho geral tiveram alguns pacientes com bons resultados. Ademais, nota-se que alguns terapeutas alcançam efeitos melhores em determinados domínios do que outros: alguns terapeutas causam maior impacto na redução de sintomas, enquanto outros são mais bem sucedidos em aumentar o nível de funcionamento interpessoal <sup>(55)</sup>. Assim, percebe-se que a efetividade de um tratamento também depende da experiência e treinamento do terapeuta, suas características específicas (sexo, idade, etnia) combinadas com as dos pacientes, da sua capacidade de aderência à técnica e da sua competência em estabelecer uma aliança terapêutica com seus pacientes <sup>(49)</sup>.

Etchegoyen <sup>(30)</sup> adota uma postura extremista quando se refere a critérios de indicação e contra-indicação para tratamentos psicanalíticos: embora tenham características do paciente que influenciem no processo, a capacidade do analista de superar suas dificuldades pessoais e suas limitações técnicas e teóricas é mais determinante. Em outras palavras, afirma que quanto maior for a plasticidade do analista, melhor ele poderá formar o par que corresponda às notas que faltam ao paciente. “O bom par é sempre formado pelo melhor analista” (p. 36).

Mesmo adotando posições menos extremistas, a importância dos aspectos do terapeuta no momento de indicar tratamentos psicanalíticos é defendida por diversas escolas. Algumas questões íntimas do próprio terapeuta influenciam sabidamente a indicação de psicoterapia. Estas questões podem influenciá-lo a prescrever tratamentos ambiciosos e longos para quem simpatiza e tratamentos breves de pouco contato para quem não simpatiza <sup>(28)</sup>. Dewald <sup>(28)</sup> também destaca a disponibilidade

de horários e necessidade financeira do terapeuta como importantes influenciadores da indicação terapêutica. Além disso, o terapeuta tem aptidões que podem torná-lo mais eficiente com certos tipos de pacientes. Quanto mais fatores inconscientes do terapeuta estiverem envolvidos neste processo, menos a terapia irá ao melhor interesse do paciente. Por isto, Dewald <sup>(28)</sup> atesta a importância do autoconhecimento do terapeuta no momento de aceitar determinado paciente em tratamento.

Há, portanto, contra-indicações de tratamentos com um determinado terapeuta, como também propõe Fenichel <sup>(27)</sup>. Quando as resistências do paciente encontram resistências do terapeuta, a análise tende a estagnar. Portanto, é de crucial importância que o analista trabalhe para reduzir seus próprios pontos cegos em sua análise pessoal, já que a autoanálise das suas limitações não parece possível <sup>(27)</sup>.

Keidann e Dal Zot <sup>(19)</sup> argumentam que a contratransferência negativa do terapeuta em relação ao paciente deve ser usada como sua própria contra-indicação para aquele caso específico, encaminhando o paciente a outro colega.

Outro aspecto do terapeuta a ser considerado é sua capacidade de flexibilizar a técnica empregada de acordo com as necessidades e o perfil do paciente. Dewald <sup>(28)</sup> e Gabbard <sup>(31, 38)</sup> têm uma contribuição singular neste sentido. Dewald argumenta que tratamentos voltados ao *insight* oferecem mais benefícios do que psicoterapias de apoio, sendo, portanto, a terapia de preferência. A questão mais importante repousa na habilidade do examinador em identificar corretamente aqueles pacientes que se beneficiam com o enfoque do *insight*. Estes são uma minoria, enquanto a maioria deverá receber tratamento de apoio. Ao fazer esta afirmação, Dewald reconhece os inúmeros casos contra-indicados para psicanálise ou terapias analíticas e advoga a favor da habilidade do terapeuta de oferecer intervenções de apoio, com base no entendimento psicanalítico do caso. A indicação é relativa e nenhum critério

isoladamente indica ou contra-indica o tipo correto de tratamento (*insight* ou apoio). O clínico deverá avaliar as características do paciente e suas próprias, como seus valores pessoais, sua rigidez e disponibilidade de tempo, para indicar um tratamento voltado ao *insight*. Ademais, o autoconhecimento da capacidade do terapeuta para tratar de determinados casos também precisa entrar nesta equação.

Durante um processo terapêutico, há uma oscilação entre os momentos que o paciente se beneficiaria de intervenções interpretativas (expressivas) e intervenções de apoio. A indicação da abordagem, portanto, poderá ser modificada <sup>(28, 31)</sup>. O terapeuta pode e deve flexibilizar a técnica, utilizando intervenções de apoio, em casos de deficiência crônica de ego (incluindo pobre controle dos impulsos e ansiedade, sérios prejuízo nas relações de objeto e tênue capacidade de formar aliança terapêutica) e regressão aguda de pessoa saudável em crise vital <sup>(31)</sup>; passada a crise, o predomínio deve ir para o polo expressivo <sup>(31)</sup>. Alguns pacientes com indicação para análise ou psicoterapia psicanalítica de longa duração podem necessitar de intervenções de apoio para lidar com deficiências estruturais do *self* ou quando estiverem apresentando função reflexiva enfraquecida <sup>(38)</sup>.

### **Características da dupla paciente-terapeuta**

Até agora, existem dois fatores preditores para bom resultado de tratamentos psicanalíticos: boa aliança no início do tratamento e congruência entre o tema da relação conflitiva e o conteúdo das interpretações <sup>(20, 31)</sup>. A interação entre a dupla é, portanto, crucial para a efetividade do tratamento. O tipo de relação que se produz no encontro de paciente e terapeuta nas fases iniciais de avaliação é impreciso, pois o campo de trabalho entre eles vai se desenvolvendo gradualmente <sup>(31)</sup>.

Considerando os casos que não evoluem da maneira esperada segundo as indicações formais, os pacientes que se adaptam melhor a determinados terapeutas e as duplas que modificam sua interação ao longo do tempo de tratamento, questiona-se se segue sendo válido estipular critérios tão fechados para indicar um tratamento. A técnica psicanalítica foi gradualmente diminuindo a ênfase praticamente exclusiva que dava às características isoladas do paciente e do terapeuta e reconhecendo cada vez mais o papel do campo analítico no processo de cura. O mesmo deve ser verdadeiro para a discussão a respeito das indicações para tratamento.

### O campo analítico

O conceito de campo analítico descrito pelo casal Baranger em 1961 leva em conta a atmosfera relacional que se estabelece entre paciente e analista. Considera aspectos transferenciais e contratransferenciais originados a partir da fantasia inconsciente básica, que é uma criação do campo. Trata-se portanto, não de uma soma simples das contribuições do terapeuta e do paciente, mas de uma estrutura inédita com características próprias <sup>(56)</sup>. A criação do conceito de campo analítico aumenta a complexidade do trabalho do analista, já que esse novo entendimento propõe que ambas as subjetividades (tanto do paciente quanto do analista) são parte integrante e igualmente importantes do processo, influenciando-se mutuamente e criando um contato emocional intenso que não só modifica como define o avanço ou a estagnação do processo analítico <sup>(57)</sup>.

É a partir do campo analítico e através dele que o terapeuta torna-se capaz de elaborar uma interpretação eficaz e, partindo do segundo olhar, promove a mobilidade do campo e uma reestruturação da fantasia básica subjacente. Dessa

forma, a interpretação conecta-se com a vivência emocional da dupla, modificando-a. As sucessivas mudanças do campo constituem o processo terapêutico analítico.

Qualquer encontro entre duas ou mais pessoas é fértil para o desenvolvimento de um campo relacional; porém, para o surgimento de um campo analítico terapêutico algumas outras características são necessárias, como por exemplo, o contrato de trabalho, os limites espaciais e temporais específicos e a ambiguidade essencial, isto é, que as experiências, relatos, atos e acontecimentos vividos no campo possam compreendidos nos seus mais diversos significados, sendo vividos “como se”. A ambiguidade essencial também leva em conta o terapeuta (na situação analítica trata-se ao máximo de eliminar as referências da personalidade objetiva do terapeuta), a ambiguidade corporal, de espaço e de tempo<sup>(56)</sup>.

Se o campo analítico influencia o processo analítico e seu desenvolvimento, é importante considerar em que medida ele também se relaciona com as indicações para o início de uma psicoterapia de orientação analítica, tendo em vista que devemos indicar ou contra-indicar o tratamento antes de o campo analítico estar estabelecido e já que, por definição, ele estará sempre em constante transformação. A noção de campo analítico parece exigir uma relativização das indicações e contra-indicações tradicionais centradas em critérios específicos (patologia, idade, capacidade de insight, etc.), pois mesmo pacientes carentes de tais “capacidades” podem, ao encontrar um determinado analista, se beneficiar de um tratamento de orientação analítica baseado na criação de uma estrutura emocional inédita que se desenvolva e evolua de acordo com suas capacidades e necessidades. É preciso sentir as variações do campo para compreender os movimentos da dupla e indicar precisamente o método mais adequado.

Portanto, a possibilidade de formação de um campo analítico deve ser avaliada ao se considerar a indicação de psicoterapia de orientação analítica, sendo que tanto o paciente como o terapeuta precisam ser capazes, estarem dispostos e motivados a vivenciar contato emocional íntimo genuíno. O estabelecimento de boas relações de objeto no passado é um indicativo desta capacidade. A partir do que é vivenciado no campo analítico, pode-se perceber a necessidade e a possibilidade de determinada dupla em dado momento realizar uma terapia com foco mais expressivo ou mais suportivo. Segundo Baranger e Baranger <sup>(56)</sup>, para haver um bom trabalho analítico em uma sessão, há que coincidir a fantasia básica do analisando e do analista, o que pressupõe que o analista deve ser capaz de renunciar a sua onipotência, percebendo suas limitações e dificuldade com determinados casos. Neste contexto, é importante diferenciarmos as dificuldades resistenciais da dupla de uma incapacidade de trabalho conjunto. A existência de um baluarte é inerente à noção de campo psicanalítico. O baluarte seria uma estrutura inconsciente que pretende onipotentemente proteger os membros da dupla de entrarem em contato com estados muito primitivos, como desvalia, vulnerabilidade e desamparo; é aquilo que o analisando inconscientemente não quer colocar em jogo e que é penoso também para o analista enfrentar em si e, por consequência, com o seu paciente. Assim, provavelmente o baluarte tangencie os limites terapêuticos de cada dupla <sup>(57)</sup>.

Porém, é importante salientar que a criação do baluarte é algo inerente ao processo terapêutico e não deve ser entendido como critério ou mesmo como consequência da indicação ou contra-indicação para psicoterapia, pois qualquer dupla, independente da pertinência da indicação terapêutica, está sujeita às variações e constantes mudanças que podem surgir nessa dinâmica e nesse encontro bipessoal.

## **Implicações éticas e considerações finais**

Alguns autores <sup>(23, 27)</sup> questionam, ao pensar em indicações e contra-indicações para tratamentos psicanalíticos, até que ponto é válido tocar em determinados conflitos quando percebem que o paciente apresenta condições de vida extremamente desfavoráveis ou inalteráveis, correndo-se o risco de o tratamento trazer mais sofrimento do que a própria doença.

Outra questão ética que merece ser discutida é a onipotência do terapeuta em acreditar que é capaz de prever, com base na avaliação inicial, antes de iniciar um tratamento, o bom andamento do mesmo. A clássica analogia freudiana ao jogo de xadrez <sup>(58)</sup> parece aqui aplicável: somente a abertura e o final das partidas admitem uma apresentação sistemática e exaustiva, enquanto o desenrolar é marcado pela indeterminação. Seria, portanto, razoável contra-indicar uma intervenção potencialmente benéfica sem antes tentá-la? Por outro lado, seria ético indicar um tratamento sem ter certeza a respeito da sua eficácia para aquele caso? É possível ter certeza da eficácia de uma intervenção, por mais objetivamente criteriosa que ela seja? Nem sempre a indicação correta é garantia de bons resultados. Um paciente pode não sobreviver a uma cirurgia cardíaca, por exemplo, mesmo que não houvesse dúvidas a respeito da sua correta indicação. Será este mesmo preceito extensivo à ciência psicanalítica? Enfim, parece que mais uma vez, quando se refere à literatura sobre indicação e contra-indicação para tratamentos psicanalíticos, é possível traçar mais questionamentos do que respostas <sup>(38)</sup>.

Cada paciente que procura ajuda apresenta um misto de motivação e resistência à mudança, não sendo possível separá-los em fatores individuais.

Ademais, seria determinante para o bom andamento do tratamento que o paciente tenha determinadas características *a priori*? Capacidade de controle de impulsos, capacidade de abstração, capacidade de *insight*, tolerância à frustração, apresentação de conflito egodistônico, função psicanalítica da personalidade – estas características não podem ser desenvolvidas ao longo do tratamento? Fenichel <sup>(27)</sup> defende a existência de um período pré-analítico de tratamento, cujo objetivo seria capacitar o ego para análise nos casos com menor indicação.

Quanto aos fatores do terapeuta, em suma, não teria cada terapeuta seus próprios critérios de contra-indicação (com base na sua experiência prévia, na sua concepção teórica, na análise pessoal dos seus pontos cegos, nas suas próprias relações de objeto)? Talvez, caberia a cada terapeuta, e não à teoria como um todo, determinar os limites de sua técnica e utilizá-los como critério no momento em que indica ou contra-indica seus serviços para cada paciente.

Hoje em dia, com o avanço dos tratamentos biológicos, há cada vez mais a possibilidade (e obrigação ética) de combinar distintas formas de tratamentos para um mesmo paciente. Tratamentos combinados parecem ser uma saída possível para pacientes sem indicação clássica de tratamentos psicanalíticos. O alívio sintomático proporcionado pela medicação pode contribuir para o desenvolvimento de um tratamento psicanalítico tanto quanto este pode auxiliar na adesão ao tratamento farmacológico em alguns pacientes.

Há ainda casos em que os pacientes tentam, primeiramente e sem sucesso, outras abordagens de tratamento mais indicadas para seu caso. Avaliar o sucesso ou fracasso terapêutico de tentativas anteriores de tratamento também é um critério ético valioso a ser empregado.

Como se percebe na clínica (em consonância com as observações de Dewald), há casos em que a terapia voltada para *insight* é válida, apesar do mau prognóstico inicial. A efetividade terapêutica destes casos depende, a nosso ver, de: 1) interesse do terapeuta pela experiência de atender o caso em questão, 2) reconhecimento dos limites e recursos do próprio terapeuta e da técnica usada, 3) capacidade de flexibilizar a técnica tornando-a compatível com o problema do paciente, 4) postura ética de não oferecer tratamentos em função de necessidades do próprio terapeuta, especialmente financeiras, 5) planejamento do caso (preparação para possíveis transferências, exame das motivações e disponibilidades da dupla para aquele tratamento), 6) supervisão formal, especialmente para casos graves ou com menos indicação, 7) busca constante do entendimento de teoria e técnica de psicoterapia, bem como suas atualizações e reformulações.

Malan e Selva <sup>(59)</sup> afirmaram que a psicoterapia psicanalítica breve estaria indicada para todos os pacientes que suportarem a ansiedade da primeira entrevista. Ao optar por considerar as características do processo terapêutico (e não apenas as percepções iniciais da fase de avaliação) para indicar um tratamento, pensamos que os tratamentos psicanalíticos em geral também poderiam ser aplicados com base na mesma condição.

“Quando se toma um paciente, deve-se pensar que se tomam muitos pacientes e que esses “muitos pacientes”, que é o paciente na realidade, exigirão de nós que sejamos todos os analistas possíveis” <sup>(30)</sup> (p. 38).

## Referências

1. Jung SI, Fillippon APM, Nunes MLT, Eizirik CL. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(3):298-312.
2. Jung SI, Nunes LT, Eizirik CL. Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(2):184-96.
3. Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(2):77-81.
4. Rosenthal RJ. Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(suppl.1):S41-S50.
5. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, et al. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*. 2006;16(4):470-85.
6. Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosch A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1999;47(3):741-72.
7. Kachele H. [Psychotherapy under evaluation]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1998;48(3-4):77.
8. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*. 2005;86:841-68.
9. Rudolf G, Manz R, Ori C. [Results of psychoanalytic therapy]. *Z Psychosom Med Psychoanal*. 1994;40(1):25-40.

10. Kachele H. Clinical and scientific aspects of the Ulm Process Model of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1988;69:65-73.
11. Sanderson WC. The case for evidence-based psychotherapy treatment guidelines. *Am J Psychother*. 1998;52(3):382-7.
12. Kachele H, Porzsolt F. [Ethics and/or evidence-based psychotherapy--a challenge]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2000;50(2):37.
13. Sanderson WC. Why we need evidence-based psychotherapy practice guidelines. *WebMD. Medscape General Medicine*. 2002;4(4).  
<http://www.medscape.com/viewarticle/445080>
14. Watzke B, Rueddel H, Juergensen R, Koch U, Kriston L, Grothgar B, et al. Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(2):96-105.
15. Fonagy P. Psychotherapy research: do we know what works for whom? *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(2):83-5.
16. Hauck S, Kruehl L, Sordi A, Sbardellotto G, Cervieri A, Moschetti L, et al. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3):265-7.
17. Freud S. Sobre a psicoterapia. In: Strachey J, editor. *Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. VII. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago; 1905. p. 239-52.
18. Fonagy P. Estudos sobre a efetividade das psicoterapias. In: Eizirik C, Aguiar R, Schestatsky S, editors. *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 424-61.

19. Keidann C, Dal Zot J. Avaliação. In: Eizirik C, Aguiar R, Schestatsky S, editores. Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 193-205.
20. Eizirik C, Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli A, editor. Psicoterapias: Abordagens atuais. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 151-66.
21. Kernberg O. A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica. Lisboa: Climepsi; 2006. p. 117-44.
22. Bergeret J. A personalidade normal e patológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
23. Kaplan H, Sadock B. Compêndio de psiquiatria dinâmica. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 1984.
24. Abraham K. La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada. In: Abraham K, Jones E, editors. Psicoanálisis Clínico. Buenos Aires: Paidós; 1959. p. 238-42.
25. Segal H. Fear of death - Notes on the analysis of na old man. International Journal of Psycho-Analysis. 1958;39(2-4):178-81.
26. Nacht S, Lebovici S. Indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis en el adulto. In: Gemelli A, editor. El psicoanálisis hoy. Buenos Aires: Dom Bosco; 1958. p. 44-79.
27. Fenichel O. Teoria psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós; 1966.
28. Dewald P. Indicações para psicoterapia. Psicoterapia: Uma abordagem dinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 133-61.

29. Zimerman D. Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed; 2004.
30. Etchegoyen H. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 2004.
31. Gabbard G. Tratamentos em psiquiatria dinâmica. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 79-102.
32. Woods R, Roth A. Effectiveness of psychological interventions with older people. In: Roth A, Fonagy P, editors. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2 ed. New York: Guilford Press; 2005. p. 425-46.
33. Stone L. The widening scope of indications for psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1954;2(4):567-94.
34. Glover E. The technique of psycho-analysis. London: Baillière, Tindall & Cox; 1955.
35. Zetzel E. The analytic situation. In: Litman R, editor. Psychoanalysis in the Americas. New York: International Universities Press; 1964. p. 86-106.
36. Kernberg O. Desordenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós; 1975.
37. Greenson R. A técnica e a prática da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 1981.
38. Gabbard G. Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo. Porto Alegre: Artmed; 2005.
39. Kernberg O. La teoria de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Paidós; 1976.
40. Kernberg O. O mundo interior e a realidade exterior: Teoria aplicada às relações objetais. Rio de Janeiro: Imago; 1980.

41. Kernberg O. Patologia borderline e alternativas psicoterápicas. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 13-21.
42. Kernberg O. Diagnóstico estrutural. *Transtornos graves de personalidade: Estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 5-24.
43. Kernberg O. Who are the patients: diagnostic issues. In: Yeomans F, Clarkin J, Kernberg O, editors. *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale: Aronson; 2002. p. 3-38.
44. Jones E, Kächele H, Krause R, Clarkin J, Perron R, Fonagy P, et al. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. 2 ed. Fonagy P, editor. London: International Psychoanalytical Association; 2002.
45. Hoglend P. Personality disorders and long-term outcome after brief psychodynamic psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*. 1993;7(2):168-81.
46. Monsen J, Odland T, Faugli A, Daae E, Eilertsen DE. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of na outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1995;36(3):256–68.
47. Monsen JT, Odland T, Faugli A, Daae E, Eilertsen DE. Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focussing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*. 1995;5(1):33-48.
48. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(10):1563–9.
49. Roth A, Fonagy P. The contributions of therapists and patients to outcome. In: Roth A, Fonagy P, editors. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2 ed. New York: Guilford Press; 2005. p. 447-78.

50. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy - A meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2008;300(13):1551-65.
51. Cierpka M, Grande T, Rudolf G, von der Tann M, Stasch M. The operationalized psychodynamic diagnostics system: Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*. 2007;40(4):209-20.
52. Risl E, Von de Tann M. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2): Manual of diagnosis and treatment planning. OPD Task Force, editor. Cambridge: Hogrefe & Huber; 2008.
53. Pérez F, Alvarado L, De la Parra G, Dagnino P. Diagnóstico psicodinámico (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. 2009;47(4):271-8.
54. Schaffer ND. Multi-dimensional measures of therapists behavior as a predictor of outcome. *Psychological Bulletin*. 1982;92(3):670-81.
55. Luborsky L, Critschristoph P, McLellan AT, Woody G, Piper W, Liberman B, et al. Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1986;56(4):501-11.
56. Baranger M, Baranger W. La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 1961;4(1):3-54.
57. Knijnik J, Rispoli A, Tofani AC, Mello C, Rubin L, Eizirik C. Baluarte, surpresa e comunicação no campo analítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 2012;46(1):150-61.
58. Freud S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: Strachey J, editor. *O caso de Schreber, Artigos sobre técnica e*

outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. XII. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago; 1913. p. 163-90.

59. Malan D, Selva P. Psicoterapia dinâmica intensiva breve: Um método inovador. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Quadro 1: Critérios de indicação e contra-indicação para análise/psicoterapia psicanalítica propostos por autores internacionais

<b>Autor</b>	<b>Indicações</b>	<b>Contra-indicações</b>	<b>Comentários</b>
Freud (1905)	Neuroses	Ausência de cultura e de caráter confiável; psicose, perversão, adição e psicopatia; casos agudos e emergências (como a anorexia nervosa); mais de 50 anos de idade.	
Fenichel (1934)	Conflitos neuróticos; pacientes que tenham resquício de relação objetal.	Psicóticos; neuroses narcísicas; retardo mental; situação de vida desfavorável; neurose de pouca importância; ideação suicida; perturbações graves de fala; ausência de ego razoável e cooperativo; ganhos secundários com a doença.	O autor fala especificamente de análise. Relativiza algumas contra-indicações dependendo da motivação, das resistências, da flexibilidade, do ganho secundário e do desejo de melhora.
Glover (1955)	Neuroses com matriz de formação histórica; inibições sexuais com fixação genital; bissexualidade facultativa (com história de sedução traumática na fase de latência, com indicativos de ansiedade de castração, em que há identificação protetora, mas patológica, com o genitor do sexo oposto); perversões moderadas facultativas em um casamento previamente satisfatório; ansiedade ocasional; sintomas conversivos; inibições sociais e laborais do tipo neurótico; depressão reativa (queixas genéricas de insatisfação, infelicidade, incapacidade de sentir-se bem, queixas de inadequação em lidar com sentimentos amorosos).	Depressão endógena; psicoses maníaco-depressivas; esquizofrenia, personalidade psicótica; psicopatia grave.	Há indicação, porém com prognóstico reservado, para casos de inibições sexuais com fixação pré-genital, neurose obsessiva, fetichismo, dependência química, delinquência psicopática, inibições sociais e laborais do tipo psicótico.
Nacht e Lebovici (1958)	Transtornos neuróticos graves	Idade superior a 40 anos; transtornos neuróticos de gravidade mediana.	Os autores escrevem sobre análise. Argumentam que transtornos neuróticos de gravidade mediana devem ficar a cargo de métodos psicoterapêuticos breves e mais simples ou da farmacologia psiquiátrica.
Dewald (1973)	Capacidade prévia de estabelecer e manter laços emocionalmente significativos com outras pessoas; motivação; aptidão para introspecção; flexibilidade de padrões defensivos; inteligência no mínimo média; tolerância à ansiedade e à frustração;	Uso de defesas primitivas; indivíduos muito rígidos ou sem internalização de conjunto de valores e regras; pacientes sofrendo de descompensação regressiva.	O autor coloca o autoconhecimento do terapeuta como fator importante para indicar tratamentos psicanalíticos. As contra-indicações apresentadas referem-se a tratamentos voltados ao insight, embora o autor defenda a pertinência de tratamentos de apoio para estes casos.

	conflito centrado na fase fálica e edípica; adultos jovens; disponibilidade para tratamento longo e regular; condição econômica favorável; apoio dos familiares.		
Greenson (1981)	Histeria de angústia; histeria de conversão; neurose obsessiva e compulsiva; depressões neuróticas; neuroses de caráter e doenças psicossomáticas.	Formas de esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva.	Considerar a avaliação de sintomas e o diagnóstico estrutural da personalidade, dos recursos saudáveis, a motivação e o ganho secundário para melhor indicar ou contra-indicar o tratamento.
Kaplan e Sadock (1984)	<u>Para psicanálise:</u> conflitos inconscientes que provoquem sinais, sintomas ou problemas de caráter; conflitos de personalidade; falha de psicoterapia prévia. <u>Para psicoterapia de orientação analítica:</u> personalidade madura; capacidade para aliança terapêutica; tolerância à frustração e motivação, mas sem indicação para análise.	<u>Para psicanálise:</u> ausência de ego racional e cooperativo; ausência de sofrimento mínimo que justifique tratamento.; urgências que não permitam esperar pelo estabelecimento de uma neurose de transferência; situação de vida inalterável em que o tratamento se torne uma dificuldade ainda maior. <u>Para psicoterapia de orientação analítica:</u> não descreve contra-indicações.	Os autores sugerem um curto período de análise experimental para que se chegue à decisão sobre a analisabilidade de um paciente.
Etchegoyen (2004)	Neuroses graves	Casos de psicose, perversão, adição e psicopatias.	O fator determinante para um bom desenvolvimento da análise é a capacidade do analista de superar suas dificuldades pessoais e suas limitações técnicas e teóricas, mais do que critérios do paciente.
Gabbard (2006)	Forte motivação para compreender a si; Sofrimento; Regressão a serviço do ego; Tolerância à frustração; Capacidade de insight; Teste de realidade intacto; Controle dos impulsos razoavelmente bom; Capacidade manter um emprego; Capacidade de pensar em termos de analogias e metáforas; Respostas reflexivas às tentativas de interpretações; Significativas relações de objeto		A indicação da abordagem (expressiva ou apoio) é dinâmica. Em momentos de crise ou momentos em que o paciente não esteja preenchendo os critérios de indicação, a abordagem de apoio deve ser usada. Passada a crise, a abordagem expressiva deve ser recuperada.
Kernberg (2006)	Para a psicanálise, deve ser considerada a força do ego, da motivação, do insight ou da introspecção e dos ganhos secundários; inteligência e idade são importantes.	Para a psicoterapia psicanalítica, os ganhos secundários, a impossibilidade de controlar as atuações de ameaça à vida ou à terapia, inteligência limitada, significativas características anti-sociais e uma situação de vida desesperada.	O diagnóstico (estrutural e nosológico) é imprescindível para a eleição do tipo de tratamento a ser indicado.

(As nomenclaturas dos diagnósticos foram mantidas na forma originalmente mencionada por cada autor.)

Quadro 2: Critérios de indicação e contra-indicação para análise/psicoterapia psicanalítica propostos por autores locais

<b>Autor</b>	<b>Indicações</b>	<b>Contra-indicações</b>	<b>Comentários</b>
Zimerman (2004)	Acessibilidade ao inconsciente do paciente	Degenerescência mental; não demonstrar capacidade mínima de abstração e simbolização; motivação esdrúxula	O critério da acessibilidade do paciente atenta principalmente para a motivação, a disponibilidade, a coragem e a capacidade de o paciente permitir um acesso ao seu inconsciente, para o analista e para ele mesmo.
Keidann e Dal Zot (2005)	Forte motivação para compreender-se; reconhecimento da origem psicológica dos seus sintomas; sofrimento significativo; tolerância à frustração; controle suficiente de impulsos; teste de realidade preservado; capacidade de regressão a serviço do ego; capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica; razoável força de ego; nível de inteligência médio; disponibilidade de tempo e recursos financeiros	Quadros psicóticos agudos, depressivos graves com sérias tentativas de suicídio, alcoolismo crônico ou adição a drogas, quadros fóbicos causadores de incapacidade crônica, personalidade <i>borderline</i> com <i>actings</i> fortemente agressivos ou autodestrutivos, síndrome cerebral orgânica e deficiência mental, transtornos de caráter e transtornos de alimentação graves.	Para casos de contra-indicação, o tratamento psicanalítico deve ser combinado com outras abordagens, como terapias suportivas, comportamentais, uso de psicofármacos ou internação hospitalar.
Eizirik e Hauck (2007)	Transtornos de personalidade (obsessivo, evitativo, histérico e narcisista); busca espontânea; disponibilidade de tempo; atividade profissional; inteligência; boa adaptação prévia; teste de realidade; relação de qualidade no passado; expectativas realistas; sofrimento psíquico; curiosidade psíquica; pensar psicológico; tolerância à frustração; difusão de identidade; conflitos com dependência; descontrole de impulsos; senso de responsabilidades; conflito focal identificável; motivação para mudança; aliança terapêutica.	Transtorno de personalidade anti-social	O transtorno <i>borderline</i> é descrito como sujeito a tratamento com intervenções psicanalíticas modificadas.

**Objetivos terapêuticos para psicanálise e psicoterapia psicanalítica: Freud,  
Klein, Bion, Winnicott, Kohut**

Therapeutic goals for psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: Freud,

Klein, Bion, Winnicott, Kohut

Objetivos terapéuticos para el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica: Freud,

Klein, Bion, Winnicott, Kohut

Marina Bento Gastaud, Carolina Stopinski Padoan, Cláudio Laks Eizirik

Submetido à revista Arquivos Brasileiros de Psicologia.

**Resumo:** A concepção ontológica da psicanálise envolve tanto uma forma de compreender os fenômenos humanos e sociais quanto uma abordagem terapêutica. Para aqueles clínicos que percebem a prática psicanalítica como um tratamento, parece importante revisar quais os objetivos terapêuticos do método psicanalítico e os fatores a serem considerados ao analisar a efetividade deste tipo de intervenção. Para tanto, os autores revisam as contribuições de cinco escolas do movimento psicanalítico – Freud, Klein, Bion, Winnicott e Kohut. Como a maior parte da literatura disponível refere-se à psicanálise, justifica-se a importação de alguns de seus postulados à psicoterapia psicanalítica e a discussão de especificidades da última. A noção de ética aplicada ao trabalho do psicoterapeuta/analista aparece como princípio norteador na prática psicoterapêutica e dá coesão às distintas abordagens teóricas.

**Palavras-chave:** Psicoterapia; Psicanálise; Melhora; Cura; Objetivos terapêuticos.

**Abstract:** The ontological conception of psychoanalysis involves both a way of understanding human and social phenomena and a therapeutic approach. For those clinicians who perceive the psychoanalytic practice as a treatment, it seems important to review the therapeutic goals of the psychoanalytic method and what factors should be considered when analyzing the effectiveness of this type of intervention. For this purpose, the authors review the contributions of five schools of the psychoanalytic movement - Freud, Klein, Bion, Winnicott and Kohut. As most of the available literature refers to psychoanalysis, it is justified to import some of its postulates to psychoanalytic psychotherapy and to discuss specificities of the latter. The notion of ethics applied to the work of psychotherapist / analyst appears as a guiding principle in psychotherapeutic practice and gives cohesion to the different theoretical approaches.

**Keywords:** Psychotherapy; Psychoanalysis; Improvement; Healing; Therapeutic goals.

**Resumen:** La concepción ontológica del psicoanálisis implica tanto una manera de comprender los fenómenos humanos y sociales como un enfoque terapéutico. Para aquellos que perciben la práctica clínica del psicoanálisis como tratamiento, lo parece importante revisar los objetivos terapéuticos del método psicoanalítico y los factores a tener en cuenta cuando se analiza la eficacia de este tipo de intervención. Por lo tanto, los autores revisan las aportaciones de cinco escuelas del movimiento psicoanalítico - Freud, Klein, Bion, Winnicott y Kohut. Como la mayoría de la literatura disponible se refiere al psicoanálisis, se justifica la importación de algunos de sus postulados a la psicoterapia psicoanalítica para analizar aspectos específicos de este último. La noción de la ética aplicada a la labor del psicoterapeuta / analista

aparece como un principio rector en la práctica psicoterapéutica y da cohesión a los enfoques teóricos diferentes.

**Palabras clave:** Psicoterapia; Psicoanálisis; Mejora; Curación; Objetivos terapéuticos.

## Introdução

*“Todos nós acabamos nos acostumando com uma coisa extraordinária: esta conversa esquisita, que denominamos psicanálise, funciona – é inacreditável, mas ela funciona.”*

(Bion, 1992, p. 127)

Enfrenta-se na prática clínica cotidiana o seguinte dilema: há uma alta procura por ajuda oriunda das elevadas necessidades de *performance* nos dias atuais, aliada à grande expectativa por resultados nas áreas afetivas e profissionais, competitividade e pressa (Roudinesco, 2000; Kehl, 2005; Lipovetsky, 2005, 2007). Ao mesmo tempo, os pacientes parecem cada vez mais preocupados com a duração de um tratamento e com seu alto custo, o que favorece as altas taxas de abandono de atendimento (Barret, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008)

A teoria da técnica psicanalítica, a psicopatologia e os estudos sobre metapsicologia foram constantemente revisados e ampliados desde os achados de Freud. Esta evolução tem ajudado a contemplar os mais variados tipos de pacientes e tem possibilitado que diferentes queixas possam ser atendidas (Wallerstein, 2005). A duração da psicoterapia e sua capacidade de tratar são importantes aspectos da técnica que devem ser constantemente revisados e ampliados, para que possam se aplicar ao tempo contemporâneo e à demanda atual de pacientes. Espera-se que a dupla terapêutica seja capaz de transformar fantasias de adoecimento e cura em planos para combater o adoecimento e buscar a cura.

Complicações nesta tarefa podem estar por trás das altas taxas de abandono (Philips, Wennberg & Werbart, 2007). A pessoa pode se imaginar alcançando seus

objetivos e decidir finalizar o serviço; pode estar satisfeita com alguns resultados obtidos, mas não desejar arcar com mais tempo e dinheiro para outras metas que não são criadas em sua experiência de vida, e sim pela análise (mesmo que cuidadosa) de seu terapeuta (Hunsley, Aubrey, Vestervelt & Vito, 1999). Ou seja, interessa revisar os objetivos terapêuticos da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica, instrumentando melhor os clínicos para avaliar conquistas e para decidir o momento final do tratamento. É necessário levar em consideração, para a realização desta tarefa, que cada teoria psicanalítica tem seus objetivos próprios. O presente trabalho irá percorrer importantes contribuições para este tema, revisando autores para os quais a concepção ontológica da psicanálise envolve uma abordagem terapêutica, como os demais tratamentos na área da saúde.

### **As diferenças entre análise e psicoterapia psicanalítica**

A psicoterapia psicanalítica nasceu para aliar psicanálise com psicologia, medicina e psiquiatria, enriquecendo a pesquisa e a produção de conhecimento (Wallerstein, 2005). Os objetivos da psicoterapia de orientação analítica são, entretanto, mais circunscritos e conseqüentemente menos ambiciosos do que aqueles de um tratamento por análise (Romanowski, Escobar, Sordi & Campos, 2005), sendo relevante apresentá-los separadamente.

Parece necessário, portanto, fazer a ressalva de que o objetivo da psicoterapia psicanalítica seria o tratamento focado no conflito atual do paciente. Mesmo considerando que há relação entre o conflito primário e o conflito atual, na psicoterapia psicanalítica os conflitos são tratados com algum grau de independência. Ou seja, o objetivo seria possibilitar ao indivíduo a ampliação do entendimento sobre

seu funcionamento, resultando no uso de defesas mais maduras e na melhora do padrão das relações objetais; a psicanálise, ao contrário, tem por objetivo a elaboração do conflito primário (Eizirik & Hauck, 2007). Segundo Kernberg (2006), o objetivo da psicanálise seria as alterações da estrutura – a integração dos conflitos inconscientes recalçados ou dissociados no ego consciente -, enquanto o objetivo das psicoterapias psicanalíticas seria a reorganização parcial da estrutura psíquica, num contexto de mudanças sintomáticas significativas.

A literatura a respeito dos objetivos terapêuticos para a psicoterapia psicanalítica é escassa e desatualizada, ao passo que a literatura sobre este tema em análise é abundante. Assim, o psicoterapeuta psicanalítico pode se beneficiar da literatura disponível sobre análise para formular objetivos terapêuticos para a sua prática. Para justificar a validade da importação dos conceitos da técnica analítica para a prática psicoterápica, recorre-se a Green:

Vemos bem que o polimorfismo da população de pacientes que estão em psicoterapia com psicanalistas e que não se contentam em receber ajuda de outros, a não ser de analistas, constitui uma população original e única em que um autêntico trabalho psicanalítico pode, às vezes, se dar. Pode-se concluir que o aprendizado da psicoterapia exercida por um psicanalista é uma necessidade nova na formação do psicanalista. (Green, 2008, p.42)

Nas diferenciações entre análise propriamente dita e psicoterapia psicanalítica, sabe-se que a análise se caracteriza por um processo mais longo e profundo de autoconhecimento, o qual promove mudanças estruturais para a vida toda. Já a psicoterapia psicanalítica trata de pontos de urgência, é mais breve e promove mudanças circunstanciais. De qualquer maneira, como o próprio Green mencionou acima, mesmo em uma psicoterapia, *um trabalho autenticamente psicanalítico pode às vezes se dar...* Para ele, a psicoterapia nasce essencialmente da

impossibilidade de se pôr em prática uma situação que respeite as exigências do modelo (Green, 2008). E isso pode ocorrer por diagnóstico, problemas financeiros, ou simples desejo do contratante. Pesquisas de resultados têm demonstrado a efetividade de ambas as formas de tratamento para os distúrbios emocionais (Bachrach, Weber & Solomon, 1985; Kächele, 1988; Rudolf, Manz & Ori, 1994; Sandell et al., 2000; Leichsenring, 2005; Leichsenring & Rabung, 2008; Knekt, Lindfors, Sares-Jäske, Virtala & Härkänen, 2012; Lindfors, Knekt, Virtala & Laaksonen, 2012).

A separação conceitual entre o que seria uma “psicanálise propriamente dita” e uma psicoterapia de orientação analítica vem sendo tratada de forma cada vez menos radical nos meios psicanalíticos (Zimmerman, 2004). Os critérios externos utilizados para definir a psicanálise (uso compulsório do divã, mínimo de quatro sessões semanais, emprego sistemático de interpretações transferenciais,...) estão cedendo lugar a critérios intrínsecos (acessibilidade do paciente a seu inconsciente e capacidade de processar mudanças psíquicas, por exemplo). Embora existam diferenças óbvias entre psicanálise e psicoterapia, cada vez mais a zona de intersecção entre ambas está se ampliando notoriamente. Sendo assim, não parece haver motivo suficiente para que um psicoterapeuta psicanalítico não possa se munir de postulados teóricos da psicanálise e de suas recomendações, embora fique a ressalva de que não se tratam de tratamentos indiferenciados.

### **As teorias clássicas**

A seguir, serão apresentadas teorias sobre objetivos terapêuticos tradicionalmente estudadas no meio psicanalítico. No recorte deste trabalho, dada a

limitação de espaço, recorre-se a cinco autores, selecionados pela relevância clínica de suas teorias e pela pluralidade conceitual que representam: Freud, Klein, Bion, Winnicott e Kohut.

### Freud

Tornar consciente o inconsciente sempre foi e continua sendo um dos principais objetivos do tratamento psicanalítico. Esta expressão, originária do modelo topográfico da mente, foi reformulada para “onde estava o id, ali estará o ego” (Freud, 1933/1976, p.102), articulando a ideia de que preencher as lacunas mnêmicas seria o objetivo central dos tratamentos psicanalíticos. Freud também descreveu a capacidade adquirida ou aumentada do paciente de amar e trabalhar (Freud, 1937/1976) como um objetivo terapêutico. Embora Freud tenha escrito, ao longo da sua vasta obra, inúmeros textos relevantes para esta revisão, ater-se-á ao texto de 1937, *Análise terminável e interminável*.

Freud descreve a finalidade de um tratamento analítico como sendo a libertação de alguém de seus sintomas, inibições e anormalidades de caráter neurótico, ou seja, o analista trabalha para devolver ao paciente grande parte de sua independência, despertar seu interesse pela vida e ajustar suas relações com as pessoas que lhe são importantes (Freud,1937/1976). Outra conquista considerada por Freud acontece quando o próprio paciente é capaz de se apropriar de sua melhora, vencendo as resistências que a doença revela quando está prestes a ser dominada (Freud,1937/1976). Afinal, costuma-se comentar e justificar imperfeições nas pessoas com o argumento de que suas análises não foram terminadas. A respeito dos objetivos e marcadores de uma análise bem sucedida, ele escreve:

(...) em primeiro lugar, que o paciente não mais esteja sofrendo de seus sintomas e tenha superado suas ansiedades e inibições; em segundo, que o analista julgue que foi tornado consciente tanto material reprimido, que foi explicada tanta coisa ininteligível, que foram vencidas tantas resistências internas, que não há necessidade de temer uma repetição do processo patológico em apreço. (Freud, 1937/1976, p.250).

A partir deste argumento, pareceria que a tarefa seria da ordem do impossível e que para se obter algum sucesso ter-se-ia que empreender análises intermináveis ou demasiadamente longas. Nesse sentido, Freud pergunta-se: é possível que o tratamento analítico promova normalidade psíquica absoluta? E por acaso, isso existe? Assim, concluir que alta ou término de tratamento estejam ligados a alcançar os objetivos firmados no contrato – ou seja, transformar queixas e pedidos de ajuda em demanda para tratamento - parece razoável e esperado.

Outro importante fator considerado na teoria freudiana para a análise de resultados terapêuticos se refere ao tipo de sofrimento do paciente, à estrutura psicopatológica e à etiologia da doença (endógena – pulsões resistentes; exógena – trauma). A única análise que poderia ser completamente terminada seria a que se dispõe a tratar fatores exógenos ou traumáticos, a qual substitui a resolução do trauma criadora de sintomas e inibições por outra mais adequada. O problema reside na ausência de um caráter profilático para tais tratamentos, pois a saúde do indivíduo dependeria a princípio de que sua vida fosse poupada de quaisquer acontecimentos penosos.

Assim, questiona-se: seria objetivo de um tratamento psicanalítico livrar o paciente de qualquer moléstia emocional até o fim de sua vida? Acredita-se que para um tratamento ser bem-sucedido o paciente pós-alta não pode adoecer, atrapalhar-se ou deprimir-se? Quando se fala em melhora ou cura como um objetivo terapêutico, pode ser útil tomar emprestado as experiências das outras modalidades de

tratamento: Quando um pneumologista cura uma pneumonia, por exemplo, há alguma garantia de que esta doença não acometerá aquele paciente novamente? Seria coerente, então, falar de profilaxia psíquica? Ao separar a noção de cura das ideias de prevenção e estabilidade dos resultados, Freud dá um grande passo para conceituar o objetivo de um tratamento.

O caráter preventivo e permanente que variadas pesquisas de *follow-up* buscam como indicador de um tratamento bem sucedido, assim como a opinião geral da sociedade, segundo Freud, é o que pode acabar ofuscando o estabelecimento dos objetivos do tratamento. Se terapeuta e paciente estão lidando com forças pulsionais que devem ser amansadas, conteúdos inconscientes que devem emergir e inibições que devem ser vencidas, mas essa luta toda deve ocorrer à mercê das intempéries da vida, profilaxia é algo como um curto-circuito de conceitos. Quando o objetivo está associado a uma conquista permanente, não parece ser possível diferenciar fantasia de cura de objetivos terapêuticos. O objetivo da análise para Freud em 1937 era fazer com que o sujeito tivesse direito de participar da vida (Freud,1937/1976).

A vida em si pode enfraquecer o eu de diversas maneiras como exaustão, acidente ou doença. Nesses casos, a pulsão pode renovar suas exigências de formas mais ou menos traumáticas. Para Freud, o tratamento deveria então: 1) capacitar o eu a atingir certo grau de maturidade para revisar antigas repressões geradas na primeira infância, 2) substituir medidas de defesa primitivas criadas por um eu imaturo em mecanismos de maior firmeza e confiabilidade, 3) trocar repressões inseguras por controles egossintônicos confiáveis, e, finalmente, 4) recrutar no potencial para saúde do paciente ferramentas para enfrentar tanto o ambiente em si, que clama por adaptação, quanto a reação do eu e de suas pulsões a este mesmo ambiente.

Ademais, prevenir significa antecipar conflitos que não estão na demanda atual do paciente. Para que a regra essencial da abstinência seja preservada, não se deve criar material no campo analítico que não tenha sido trazido pelo paciente, pois demandas unilaterais criam um clima inamistoso e prejudicial à transferência (Freud, 1937/1976). Em suma, para Freud, o tratamento psicanalítico pode resolver os sofrimentos neuróticos, mas jamais os infortúnios da vida.

### Klein

A contribuição de Melanie Klein selecionada no recorte desta revisão refere-se ao artigo de 1950, *Sobre os critérios para o término de uma psicanálise*. Sua inovação teórica está no postulado de que o final da análise, enquanto experiência emocional, oportuniza o término do trabalho com as ansiedades persecutórias e depressivas, as quais são reativadas pelo rompimento da relação analítica e oferece a finalização da elaboração das posições infantis esquizoparanóide e depressiva (Klein, 1950/1991).

Para ela, posições emocionais que surgem precocemente na vida do bebê vão se interpondo ao longo do desenvolvimento, marcando o processo de saúde e/ou adoecimento. A posição esquizoparanóide surge durante os primeiros meses de vida e é marcada por ansiedades persecutórias relacionadas a perigos e ameaças contra o eu. Essas ansiedades podem ter origem tanto interna quanto externa. À medida que o ego se desenvolve, por volta da metade do primeiro ano, vai se criando na mente do recém-nascido o medo da ameaça ao objeto amado, que é constantemente operada pela agressividade própria do bebê. Quando os aspectos bons e ruins dos objetos e do próprio sujeito podem começar a se integrar dentro de um processo de síntese, alcança-se uma maior integração no ego e entra-se na posição depressiva. Nesse

estágio, a mãe pode ser representada como um objeto total, que é formado por defeitos e qualidades. Esta harmonização dos aspectos dos objetos internos diminui a ansiedade persecutória, porém desenvolve um sentimento de culpa, originado nas fantasias de ataques destrutivos e de inveja. Desta ansiedade depressiva manifesta na culpa pela agressão, surge a superação da experiência de reparação, a qual é responsável pela criação da possibilidade de relações de objeto maduras e aprofundamento dos sentimentos.

Portanto, alcançar e manter a posição depressiva pode ser considerado a meta principal a ser atingida dentro de um tratamento analítico, pois tornaria possível que o sujeito se identificasse com seus objetos de amor e fosse capaz de ter um relacionamento amoroso feliz, ser satisfeito com a maternidade/paternidade, conquistar sua independência, desenvolver amizades ao longo da vida e ser criativo. Ao se identificar com as pessoas que ama, o sujeito demonstra sua capacidade de satisfação com aquilo que pode oferecer aos outros, pois a possibilidade de se colocar no lugar de alguém exige a suspensão temporária de seus próprios interesses e ambições pessoais em prol dos de outra pessoa. Em um relacionamento amoroso feliz, deve existir, para Klein, forte apego, capacidade mútua para sacrifícios e grande habilidade para compartilhar interesses, dor e prazer. Nas questões tocantes à luta pela independência, o sujeito deve ser capaz de substituir aquele primeiro alimento, cujo símbolo é o leite materno, representante das primeiras sensações de bem-estar e segurança, por derivados adequados a cada fase da vida. Assim, a experiência do desmame deve estar analisada suficientemente até o ponto de não existir mais ódio intenso por sua privação, sob pena de o sujeito não conseguir se adaptar a outras frustrações no futuro, ficando indevidamente preso à segurança artificial da dependência. Na criatividade, a presença de um sentimento de culpa

mitigado pela capacidade de reparação produz a sensação de uma ação criadora e transformadora das relações e do mundo interno dos sujeitos. As sensações de bem-estar são entendidas intrapsiquicamente como genitores bons e generosos, capazes de dar vida (Klein, 1937/1976).

Para que a análise das ansiedades depressivas e persecutórias possa promover redução e modificação das angústias a ponto de se indicar alta ao paciente, deve ter ocorrido uma análise das experiências primitivas de luto durante o tratamento (Klein, 1950/1991). Porém, a advertência é feita:

Mesmo que a análise retroceda aos estágios mais antigos do desenvolvimento (...), os resultados ainda assim poderão variar de acordo com a severidade e estrutura do caso. Em outras palavras, apesar do progresso feito em nossa teoria e nossa técnica, devemos ter em mente as limitações da terapia psicanalítica. (Klein, 1950/1991, p.67).

Dessa forma, os psicoterapeutas psicanalíticos reavaliam suas expectativas juntamente com Klein (1950/1991) e percebem como metas para o tratamento: 1) que as ansiedades persecutória e depressiva não sejam excessivas; 2) que o ego seja estável; 3) que o paciente tenha senso de realidade e profundidade (riqueza da vida de fantasia e capacidade para experienciar emoções livremente); e 4) que a vivência do término do tratamento, a desidealização do analista e o trabalho exaustivo da transferência negativa sejam alcançados.

### Bion

Bion considerava o objetivo de um tratamento a obtenção de crescimento mental, o qual não deve ser confundido com o conceito de cura, que se costuma utilizar nas outras áreas da saúde. Dessa forma, sua proposta para um tratamento não se baseava em diminuir sintomas e angústias, mas na oportunidade criada pela dupla

paciente-terapeuta de promover espaços mentais com cada vez mais verdade, criatividade e complexidade. Para ele, o desejo de curar era algo que se prestava mais a atrapalhar o processo terapêutico do que a ajudar. A ansiedade própria da vontade de acabar com as dores emocionais e com a sintomatologia tomava o lugar da busca pela verdade. A difícil tarefa de sustentar a abertura de espaço psíquico que promove crescimento mental poderia ser substituída pela fácil tarefa de tornar a pessoa mais adaptada ao seu meio social.

Bion acreditava que havia duas maneiras pelas quais um sujeito poderia escapar da dor mental: ou canaliza seus máximos esforços para fugir desta, ou enfrenta, experimenta, sente e aprende com ela. Esta seria a única maneira de transformar ou modificar as frustrações (Bion, 1963/2004, Bion, 1965/1984). A propósito, frustrações são experiências extremamente importantes para a formação dos pensamentos dentro da teoria bioniana. É a partir do encontro entre pré-concepção (como uma expectativa de algo, inata) e frustração (não realização desta expectativa) que nasce um pensamento, quando o sujeito não opta pela fuga. No tratamento psicanalítico, o trabalho deve centrar-se na formação ou estimulação de uma mente capaz de tolerar e manejar as dores emocionais e as frustrações, o que permitirá a expansão de uma mente criativa, cada vez mais capaz de suportar a vida. O aprender com a experiência desenvolve justamente esta capacidade criadora de pensamentos e aparelho capacitado para pensá-los, propiciando a aquisição de um estilo de vida promotor de saúde emocional.

Bion entende que as relações se passam não dentro do simples amor versus ódio, mas entre emoção e antiemoção, ou seja, entre a normalidade e a patologia do amor, do ódio e do conhecimento (Bion, 1962/1966). Estes vínculos estão presentes o tempo todo e em todas as relações, sendo eles os marcadores do tipo de

funcionamento mental e psicológico de cada pessoa em cada momento. As transformações seriam o objetivo principal de todo o tratamento emocional, devendo-se buscar a evolução dos diversos estágios da capacidade de pensar. As principais transformações propostas se referem a: 1) transformar conhecimento (K) em O, que seria a origem, a coisa em si mesmo, e neste movimento haver sempre a possibilidade da inversão de sentido - O em K; 2) transformar elementos chamados beta (ideias coisificadas, protopensamentos destinados à evacuação) em elementos alfa (que permitem sonhos, criam capacidade para pensar e instauram a barreira consciente/inconsciente); 3) transformar quantidade em qualidade, não objetivando liquidar a dor, e sim aumentar a capacidade do paciente para sofrer.

Concluindo, é importante lembrar que além de todas as intervenções técnicas do terapeuta, baseadas nos elementos explicitados anteriormente, para Bion, uma identificação exitosa com a pessoa real do analista é de fundamental importância para o bom andamento do tratamento e para que os resultados alcançados adquiram o status de crescimento mental. A expressão “função psicanalítica da personalidade” remete ao aprender com a experiência, desta vez com a experiência terapêutica. O grau de sucesso de um tratamento depende de algo ter se criado e seguido em andamento, em construção e em expansão na mente do paciente, mesmo depois que a terapia/análise esteja encerrada.

### Winnicott

As contribuições de Winnicott conseguiram expandir e renovar a teoria clássica com a mesma intensidade com que lutou para mantê-la viva em sua originalidade.

Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de me manter vivo, me manter bem, me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada uma análise espero poder continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la. (Winnicott, 1962/1983, p. 152).

Como primeiro objetivo de um tratamento, o autor indica que todo o processo terapêutico deve visar seu fim. Os psicoterapeutas responsáveis avaliam-se constantemente quanto a sua capacidade para manter pacientes em tratamento, evitando abandonos e analisando tanto material inconsciente quanto possível. Deve-se admitir ser infinita a necessidade do terapeuta de investigar, construir e reconstruir histórias e fantasias junto com os pacientes de acordo com as diversas teorias que acaba aprendendo ao longo do seu desenvolvimento profissional. Eis o paradoxo do treinamento de todo o terapeuta: deve aprender a manter seus pacientes, mas, ao mesmo tempo, precisa desejar que seu trabalho chegue ao fim no menor tempo possível; também se espera que não se faça muitos estragos ao longo deste percurso. Os objetivos são do paciente e o mérito também. Diz o autor: “Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo, de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho manobrando no sentido de uma análise padrão” (Winnicott, 1962/1983, p.152).

Para Winnicott (1944/1988), é possível fazer diversos tipos de psicanálise. Com o paciente que preenche os critérios clássicos de analisabilidade (condições de *insight* e enfermidades neuróticas), trabalham-se fantasias inconscientes, padrões de relacionamento e funcionamento defensivo através da neurose de transferência e da abstinência do terapeuta. Para os demais, adapta-se a técnica. Durante sua prática clínica e no decorrer de suas contribuições teóricas, Winnicott acabou expandindo consideravelmente as indicações técnicas e as recomendações éticas para a clínica psicanalítica. Através de seu interesse sobre as fantasias que os pacientes mostravam

a respeito de suas próprias formas de organização mental, criou uma nova ferramenta e uma nova ênfase para os terapeutas utilizarem em seus trabalhos com diferentes tipos de pacientes (Winnicott, 1944/1988). Nesse sentido, classificou as formas de trabalho da seguinte maneira: existem momentos ou tipos de patologia que fazem o terapeuta ter que trabalhar **como** um analista, e outros nos quais o terapeuta **realiza** a psicoterapia psicanalítica:

Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim? (Winnicott, 1962/1983, p. 155).

Para ele, o trabalho terapêutico acaba modificando o eu do paciente de diversas formas. Por isso sua insistência em que os terapeutas sejam sujeitos discretos e simples nas vidas de seus pacientes. Levando em consideração a ideia Heideggeriana da continuidade da própria existência, acreditava que os seres humanos nasciam dotados de um impulso para o desenvolvimento, que quando não atrapalhado por provisões ambientais falhas, levava o sujeito adiante. Assim, criou uma teoria de objetos rumo à independência (Winnicott, 1963/1983), preceito que se repete durante a psicoterapia.

Nos primeiros momentos da dependência absoluta, em que não há diferenciação entre eu e não-eu, constrói-se uma experiência de ilusão através de uma mãe identificada com seu bebê e que satisfaz completamente suas necessidades. Tem-se uma unidade. Pela repetição destas vivências, o bebê sente-se criador de suas experiências, no controle de sua satisfação – onipotência. Deste modo, através da ilusão, cria-se o objeto subjetivo. Nesta fase, algo chamado mundo interno é constituído (Pelento, 1985). No tratamento, essa é uma fase especial caracterizada

pelo sucesso logrado com a instalação de um tratamento psicanalítico padrão, o qual sendo bem feito, recobre o eu de força para enfrentar os períodos de resistência.

Em um segundo momento, a desilusão é que acaba instaurando a realidade, e com ela o objeto objetivamente percebido. Nesse caminho, a agressão ocupa um papel especial ao fundar a realidade, pois é parte componente do impulso amoroso primitivo. No início da vida, agressão é motilidade, iniciativa, um desejo de possuir o objeto. Se a agressão traz destruição nesta fase, é sempre incidental e secundária à satisfação do impulso amoroso. No início, o papel da mãe-ambiente é tolerar essa derivação da energia - o ataque. Pouco a pouco, oferecendo resistência ou oposição, inaugura-se a percepção eu - não-eu. Quando isto ocorre no momento adequado, que é sempre após a experiência de fusão, funda o descobrimento do bebê de seus limites. Os impulsos passam a ser percebidos como algo proveniente de seu interior e passa a haver diferença entre força vital e agressão. Começa a experiência dos sentimentos de ambivalência, culpa e reconstrução. Nesta fase, algo chamado realidade compartilhada se constitui (Pelento, 1985). Na terapia, quando a confiança na dupla está estabelecida, inicia-se um processo de experimentação rumo à independência do eu. Para isto, o eu precisa ter sido anteriormente fortalecido para não depender, necessita ser livre e poder reconhecer a fonte desta energia dentro de si.

Por fim, chega-se ao objeto transicional, que não é algo alucinado, pois tem materialidade; forma parte do mundo externo, porém não é qualquer objeto fortuito e singular já que deve ser eleito como tal. É a primeira aquisição não-eu do bebê. É um paradoxo que não deve ser corrigido, pois é um objeto da realidade, visto por todos, mas que não é visto por todos nas características e significados que contém para seu dono. É da mente e é do mundo. Nesta fase, algo chamado criatividade se constitui

(Pelento, 1985). No trabalho terapêutico, finalmente, o eu de um paciente independente começa a experimentar suas características e formas de viver e se organizar. Isso não significa estar livre de sintomas, mas livre de defesas imaturas e da patologia incapacitante, retomando o rumo natural do desenvolvimento.

### Kohut

Professor de metapsicologia freudiana, Kohut fez de suas ideias sobre o narcisismo, denominada psicologia do *self*, uma ferramenta útil para a clínica contemporânea.

O conceito de *self* objetal é um ponto importante para a clínica, pois influencia a percepção da relação transferencial dentro desta teoria. Para Kohut, o bebê não nasce sentindo ódio e raiva, privado de satisfações. Nasce otimista. A ênfase está colocada menos nas fantasias e mais na relação com as pessoas de verdade, as quais formarão a unidade primitiva *self*-objeto (Kohut,1989). Na sua teoria sobre o desenvolvimento, existe um bebê que necessita de experiências de satisfação, capazes de criar sensação de perfeição. Em seguida, por meio de experiências de frustração, tem sua sensação de perfeição abalada de maneira irremediável. A sensação de impotência de ser alguém pequeno e cheio de necessidades, que desesperadamente necessita do ambiente para sobreviver, implora pelo não abandono da ilusão da perfeição. Este acontecimento toma então dois rumos: quando o bebê se exhibe aos pais, recebendo em troca sua admiração e satisfação pelo exibicionismo, tem em retorno a construção do *self* grandioso; quando as necessidades do bebê são satisfeitas, são os pais que se oferecem como destinatários da perfeição na formação da imago parental idealizada (Kohut, 1989).

Nas patologias narcísicas ou na sintomatologia narcísica, o que ocorre é um ambiente que não consegue sintonizar com as necessidades de perfeição e exibicionismo do sujeito, que não se presta a ser o reservatório de perfeição, que frustra repetidamente. Com um trauma deste porte, a internalização fica prejudicada, o *self* grandioso (ambições) e imago parental idealizada (ideais) não são devidamente integradas à personalidade do sujeito (Kohut, 1989). Acabam restando em estado inalterado, como uma fantasia arcaica inconsciente, pressionando constantemente o sujeito e modificando seu jeito de ser e conviver no mundo. Não ter um modelo é sentido como um vazio, depressão, que precisa ser sempre buscado desde fora, ao contrário da experiência da imago parental idealizada, a qual, quando é integrada à personalidade adulta, promove desde dentro os ideais norteadores do sujeito (Schneider, 1985).

Kohut (1984) descreve realizações e atitudes que o eu deve empreender ao longo da construção da personalidade – as transformações do narcisismo. A expansão do amor objetal, aquisição gradual do desenvolvimento, estaria permeada pelo desenvolvimento da criatividade, capacidade de empatia, capacidade para encarar sua própria transitoriedade, senso de humor e sabedoria.

Para a psicologia do *self*, os tratamentos não têm por objetivo tratar conflitos, e sim *déficits*. O objetivo terapêutico pretendido é o de trabalhar nos déficits do desenvolvimento do sujeito com relação às transformações de seu narcisismo ou parada no desenvolvimento de tais transformações, que podem estar podadas em função da falta de um ambiente sensível e empático. Os pacientes buscam em seus terapeutas apoio, sentimento genuíno de orgulho em relação aos êxitos e conquistas, e capacidade de refletir acerca das qualidades dos mesmos. Os objetivos do tratamento dizem respeito a promover uma internalização transmutadora. É refazer

com o paciente esta sintonia ambiental por meio de interpretações e reconstruções empáticas. A repetição das interpretações, reconstruções, frustrações na medida certa, interrupções, ansiedades acalmadas, confiança e o trabalho nas transformações do narcisismo vão produzindo mudanças internas e criando reservatórios de energia que trazem força ao *self* do paciente. Com relação à imago parental idealizada, o objetivo é ter ideais mais claros, uma melhor percepção do futuro, do que o sujeito gostaria de ser e crer tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Quanto ao *self* grandioso, seria transformar algo primitivo e arcaico em ambições mais maduras e apropriadas, é sentir-se confortável com suas ambições. Com estas transformações, o que se espera é um sujeito que sinta mais prazer em suas ações e em seus êxitos.

### **Atualidades na literatura sobre objetivos terapêuticos**

Recentemente, os psicanalistas suecos Wezbart e Levander (2011) realizaram um estudo qualitativo a respeito das vicissitudes das ideias de cura de analisandos e seus analistas, como a dupla lida com as incompatibilidades inevitáveis destas ideias e como estas diferenças influenciam o processo psicanalítico, considerando cura como um dos possíveis objetivos terapêuticos. Emergiram das entrevistas nove distintos tipos de cura para pacientes e analistas: 1) refazer-se, corrigir-se e construir-se por inteiro; tornar-se uma nova pessoa em um mundo novo, 2) refazer o desenvolvimento por meio da regressão; novo começo, 3) repetir o trauma ou aproximar-se ao que é perigoso e ao que está encapsulado com o objetivo de encontrar uma saída melhor, 4) recuperar algo perdido ou faltando no passado; resgatar o paciente, 5) entender e perceber conexões, encontrar explicações e obter novas perspectivas, 6) fazer o trabalho analítico, ou deixar o analisando fazer o

trabalho, sem ajuda do terapeuta (todos os analisandos entrevistados desejavam fazer eles próprios a maior parte do trabalho na análise), 7) fortalecer a capacidade do analisando de lidar com os problemas; apoiar as capacidades do ego, 8) valorizar a estrutura analítica e suas particularidades (os analisandos e analistas entrevistados acreditavam que um componente importante da cura seria a apreciação da atitude analítica como um todo - frequência, continuidade, regularidade, neutralidade, abstinência, atenção flutuante), 9) gostar ou apreciar um ao outro (analisandos e analistas descreveram como fundamental para a cura a relação e a combinação pessoal da dupla – paciente e terapeuta terem um senso de humor semelhante, desafiarem-se um ao outro a experimentar emoções, serem compatíveis e colaborativos). Outro dado interessante deste estudo foi que, apesar dos analistas desejarem conduzir uma “análise padrão” ao início dos tratamentos, os analisandos expressaram medo de que isso ocorresse e desejaram evitar um tratamento deste tipo; os analistas que relutantemente abandonaram seus objetivos iniciais quanto a uma análise padrão reconheceram que os objetivos terapêuticos os quais haviam traçado inicialmente para seus pacientes – mudança intrapsíquica, aumento da capacidade de auto-reflexão e de padrões interpessoais mais adaptativos – foram alcançados. A tentativa de pesquisar quantitativa ou qualitativamente este tema é rara e este foi um dos poucos estudos encontrados neste sentido. Mesmo valorizando sua relevância, o estudo parece abordar de forma indiscriminada a cura e as ferramentas utilizadas pela dupla terapêutica para atingir seus objetivos.

Ancorado em Bion e Lacan, Lander (2007) defende que o objetivo terapêutico não deve ser guiado simplesmente pela cura sintomática ou pelo aumento da capacidade de amar e trabalhar, como defendia Freud. Para Lander (2007), a melhora ocorreria quando o sujeito aceita *ser o que ele é*, quando encontrou e aceitou

seu *fantasma sexual* (fantasias sexuais criadas na primeira infância que, quando não patologizadas pelo paciente e pelo terapeuta, perdem o poder de produzir sintoma e passam a produzir satisfação) e aceitou suas limitações e incompletudes. Um tratamento termina, idealmente, quando o analista não mais ocupa o lugar de *sujeito de suposto saber* e aparece também como um sujeito limitado e incompleto. Isso significa que o sujeito aceita sem conflito e sem culpa as marcas indeléveis da infância que resultaram na formação de seu caráter.

Determinar objetivos terapêuticos baseando-se na resolução do sintoma também é algo questionado por Ogden e Gabbard (2010). O desejo intrínseco de curar o paciente, sempre presente no campo analítico, é afetado pelas demandas de melhora rápida e pela pressão de demonstrar eficácia em seu trabalho, fazendo com que o analista acabe dirigindo suas intervenções diretamente aos sintomas. O analista que intenciona acabar com os sintomas pode ser percebido pelo paciente como coercitivo, o que pode intensificar a necessidade do paciente de se agarrar ao sintoma. Para os autores, o paciente que inicia uma análise traz a sensação inconsciente de “não ser ele mesmo”. Assim, embasando-se em Bion, afirmam que ajudar o paciente a melhorar seria ajudá-lo a sonhar (a se engajar em um trabalho psicológico produtivo inconsciente com suas experiências prévias não pensadas/não sonhadas), a tornar-se ele mesmo. O objetivo da psicanálise, nesta perspectiva, seria focado na verdade, não focado no sintoma.

Para Ferro (2005), a melhora se dá através da relação entre uma mente que necessita de outra mente para se desenvolver. O tratamento deve se prestar a encontrar as falhas intersubjetivas da experiência do paciente, reparar as feridas e possibilitar o surgimento de maior capacidade para a saúde. O terapeuta deve ser dotado de uma capacidade criativa, de um aparato para sonhar os sonhos, capaz de

criar uma narração figurativa que dê sentido às experiências até então desterritorializadas na história da pessoa.

Há ainda autores contemporâneos que se debruçaram na tarefa de estabelecer objetivos terapêuticos especificamente para psicoterapia psicanalítica breve, como Braier (1997). Para este autor, os objetivos terapêuticos seriam observados pela obtenção de *insights* quanto à problemática focal, a resolução do foco, a melhora sintomática, a consciência da enfermidade, a recuperação da autoestima, a formulação de projetos para o futuro e modificações favoráveis na vida sexual, nas relações de casal, no estudo, no trabalho e no lazer.

Em suma, mesmo que muito ainda precise ser feito no sentido de atualização dos critérios classicamente propostos, é válida a tentativa de recorrer aos autores clássicos quando se deseja conceituar fenômenos complexos como este. Entretanto, deve-se seguir constantemente investigando e atualizando a compreensão deste fenômeno através de estudos empíricos, clínicos e teóricos, tendo em vista que, desde seus tempos mais remotos, a psicanálise defronta-se com o trabalho de adaptar sua técnica às novas condições (Freud, 1919/1976).

### **Considerações finais**

Na elaboração dos conceitos percorridos nesta revisão, parece impossível priorizar um autor em detrimento de outro, afirmar qual escola é mais capaz de traçar objetivos terapêuticos para os pacientes de hoje em dia. As incoerências existentes nas diferentes escolas revisadas parecem refletir a diversidade de casos atendidos nos consultórios. Há que se ter ciência da delicadeza inerente ao trabalho do analista/terapeuta: a sutileza envolvida no bem-estar e na saúde das pessoas. Talvez,

a ética seja o ponto chave que pode ser absorvido da presente revisão. Embora não fale especificamente de ética para a psicanálise, para Deleuze (1970/2002), a ética busca fundamentar o bom modo de viver através do pensamento humano e se diferencia da moral, a qual persegue a obediência a normas, tabus ou mandamentos culturais.

Portanto, é fundamental que o treinamento de todo o psicoterapeuta inclua o estudo das variadas teorias psicanalíticas com seus preceitos que devem ser seguidos (as normas, ligadas à moral). Eles aprimoraram os atendimentos prestados e já trouxeram benefícios à saúde de muitos. Todavia, além das normas, fica premente a necessidade de se falar sobre a ética dos tratamentos. Figueiredo (2000) aponta que o vasto arcabouço psicanalítico restringe e modula as considerações técnicas na prática clínica, mas exige que se conceda um maior relevo à posição do terapeuta para que o trabalho ocorra. E é por isso que defende um deslocamento das questões técnicas para as questões éticas. Não significa dar maior valor ao papel do terapeuta, mas sim de instrumentá-lo melhor para a tarefa.

Freud lembrou-se disso quando falou que a cura estava mais ligada à fonte do adoecimento (endógena ou exógena) do que aos recursos terapêuticos. Disse que não se poderia poupar alguém da vida, pois ela é imprevisível. Recordou que podemos e devemos estar curados não da vida, mas para participar dela. Citou o interesse especulativo pela psicopatologia, que pode muitas vezes obscurecer os empreendimentos para finalizar os tratamentos. Klein fala de batalhas que persistem ao longo da vida. Bion traz crescimento mental *versus* domesticação e abrandamento de sofrimento sem dor. Winnicott traz para primeiro plano a versão do paciente sobre sua existência e sua dor. Kohut define vida saudável atrelada a: criatividade, sabedoria, aceitação da transitoriedade, empatia e humor.

Todos os autores aqui citados parecem demonstrar uma preocupação genuína com seus pacientes. Entende-se, assim, que para cada sujeito e suas dores existem recursos técnicos disponíveis para transformar doença e prisão em potencial para saúde e libertação. Troca-se a busca da cura nos pacientes e o desejo de que eles melhorem para a busca de um desejo no terapeuta de portar-se bem, manter-se atento e vivo dentro do tratamento – essa é a ética do trabalho terapêutico. Tem-se que contar com um paciente que tenha paciência com o terapeuta e com suas limitações. O terapeuta deseja realizar um bom trabalho e almeja ter sucesso. O sucesso, entretanto, parece ser dos pacientes que, sessão após sessão, entram nos consultórios em uma contagem regressiva paradoxal: quanto mais conhecem seus terapeutas e quanto mais próximos a eles ficam, mais chega-se perto do fim. Cada sessão é uma a menos.

Durante o treinamento de um psicoterapeuta, a preocupação legítima com melhora e fim de tratamento permanece sendo de intensa relevância e necessita de grande delicadeza, pois pensar em objetivos terapêuticos tende a trazer sentimentos de utopia e pessimismo. Espera-se que, em contrapartida, o sentimento despertado com esta leitura tenha sido o de curiosidade.

## Referências

Bachrach, H.M., Weber, J.J., & Solomon, M. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations). Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 379-388.

Barret, M.S., Chuaw, J., Crists-Christoph, P., Gibbons, M.B., & Thompson, D. (2008) Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Teory, Research, Practice, Training*, 45, 247 – 267.

Bion, W.R. (1966). *Aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Originalmente publicado em 1962).

Bion, W.R. (2004). *Elementos de psicanálise*, Cap. XIII. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1963).

Bion, W.R. (1984). *Transformações: mudança do Aprendizado ao Crescimento*, Cap. I. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Originalmente publicado em 1965).

Bion, W.R. (1992). *Conversando com Bion*. Rio de Janeiro: Imago.

Braier, E.A. (1997). *Psicoterapia breve de orientação analítica*. São Paulo: Martins Fontes.

Deleuze, G. (2002). *Espinosa: Filosofia Prática*. São Paulo: Editora Escuta. (Originalmente publicado em 1970).

Eizirik, C.L., & Hauck, S. (2007). *Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica*. In: A.V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp.151-166), 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed.

Ferro, A. (2005). *Fatores de doença e fatores de cura: a gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*, Cap. I. Rio de Janeiro: Imago.

Figueiredo, L.C. (2000). *Presença, Implicação e Reserva*. In: L.C. Figueiredo & N. Coelho Júnior (Orgs.). *Ética e técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Freud, S. (1976). *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).

Freud, S. (1976). *Novas conferências introdutórias à psicanálise. Conferência XXXI: a dissecação da personalidade psíquica* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1933).

Freud, S. (1976). *Análise terminável e interminável* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1937).

Green, A. (2008). *Orientações para uma Psicanálise Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.

Hunsley, J., Aubrey, T.D., Vestervelt, C.M., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspective on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 4, 380 – 388.

Kachele H. (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm Process Model of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 65-73.

Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica*. Lisboa: Climepsi.

Kehl, M.R. (2005). *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação* (Amor, culpa e reparação e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1937).

Klein, M. (1991). *Sobre os critérios para o término de uma psicanálise* (Inveja e gratidão e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1950).

Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., & Härkänen, T. (2012). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, May 8. [Epub ahead of print].

Kohut, H. (1984). *Self e narcisismo*. São Paulo: Imago.

Kohut, H. (1989). *Como cura a psicanálise?*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lander, R. (2007). The mechanisms of cure in psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 76, 1499-1512.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-68.

Leichsenring F, Rabung S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551-65.

Lindfors, O., Knekt, P., Virtala, E., & Laaksonen, M.A. (2012). The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 946-53.

Lipovetsky, G. (2005). *O Império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lipovetsky, G. (2007). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.

Ogden, T., & Gabbard, G. (2010). The lure of the symptom in psychoanalytic treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58, 533-544.

Pelento, M.L. (1985). Teoria de los objetos y proceso de curación en el pensameinto de D. Winnicott. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 11, 189-197.

Philips, B., Wennberg, P., & Werbart, A. (2007). Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 229-45.

Romanowski, R., Escobar, J., Sordi, R.E., & Campos, M. (2005). Níveis de mundaça e critérios de melhora. In: C. Eizirik; R. Aguiar & S. Schetatsky (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Rudolf, G., Manz, R., & Ori, C. (1994). [Results of psychoanalytic therapy]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40(1), 25-40.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 921-42.
- Schneider, J. (1985). Objetivos terapêuticos e criterios de curación en la obra de Heinz Kohut. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 11, 119-141.
- Wallerstein, R.S. (2005). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual. In: C. Eizirik; R. Aguiar & S. Schetatsky (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Wezbart, A., & Levander, S. (2011). Vicissitudes of ideas of cure in analysands and their analysts: a longitudinal interview study. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 1455-1481.
- Winnicott, D.W. (1988). *Desenvolvimento emocional primitivo* (Textos selecionados: da pediatria à psicanálise). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1944).

Winnicott, D.W. (1983). *Os objetivos do tratamento psicanalítico* (O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1962).

Winnicott, D.W. (1983). *Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo* (O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1963).

Zimmerman, D.E. (2004). As transformações no perfil do paciente, do analista e do processo psicanalítico. Para onde vai a psicanálise?. In: *Manual de Técnica psicanalítica: uma revisão* (pp.17-30). Porto Alegre: Artmed.

## **A pesquisa de resultados nos tratamentos psicanalíticos**

Outcomes research in psychoanalytic treatments

Marina Bento Gastaud, César Augusto Machado Bastos

Submetido à revista Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade.

**Resumo:** Diante da profusão de técnicas psicoterápicas, ocorre estímulo para o desenvolvimento de psicoterapias baseadas em evidência. Entretanto, a relação entre pesquisa e prática clínica em psicanálise é controversa. Para alguns autores, a pesquisa corre o risco de reduzir de forma simplista conceitos complexos, não auxiliando a prática psicanalítica. Embora esta discussão permaneça atual, há décadas pesquisadores vêm aproximando os tratamentos psicanalíticos às ciências da saúde, criando elementos comuns quanto à linguagem científica de seus achados, método de investigação e quantificação dos resultados. Mesmo assim, constantes problemas metodológicos questionam os limites da utilização destas evidências empíricas na clínica. Os tratamentos psicanalíticos vêm mostrando-se eficazes, sendo agora necessário incorporar técnicas modernas de avaliação de resultados nos protocolos de pesquisa.

**Palavras-chave:** pesquisa; psicanálise; psicoterapia psicanalítica; ciência; evidência.

**Abstract:** Given the profusion of psychotherapeutic techniques, there is stimulus for the development of evidence-based psychotherapies. However, the relationship between research and clinical practice in psychoanalysis is controversial. For some authors, the research is likely to reduce complex concepts in a simplistic way, not

helping psychoanalytic practice. Although this discussion remains current, for decades researchers have been trying to bring the psychoanalytic treatments to the health sciences, creating common elements regarding the scientific language of their findings, method of investigation and quantification of the results. Nevertheless, methodological issues question the limits of using such empirical evidence in the clinic. The psychoanalytic treatments have shown to be effective, it is now necessary to incorporate modern techniques for evaluation of its results in research protocols.

**Keywords:** research; psychoanalysis; psychoanalytic psychotherapy; science; evidence.

## **Introdução**

*“A ciência não tem acesso à nobreza da cultura e a cultura não tem acesso ao prestígio da ciência.”*

Basarab Nicolescu (1999, p.108)

Desde suas primeiras tentativas de objetivação e comprovação, a relação entre pesquisa e prática clínica em psicoterapia psicanalítica costuma ser controversa (Jimenez, 2007). Por envolver uma profunda experiência humana entre paciente e terapeuta, alguns clínicos argumentam a impossibilidade de pesquisar empiricamente a complexidade dos fenômenos que envolvem este encontro. Pesquisadores, por sua vez, advogam que a psicoterapia propõe-se a ser um tratamento (não apenas uma experiência humana) e, como tal, deve ser submetida ao rigoroso protocolo de pesquisas da área da saúde (Gastaud et al., 2011).

A utilização em maior escala da psicoterapia breve acomodou os desejos das empresas de seguro de saúde e os desejos da população que pedia resultados sintomáticos mais rápidos (Araújo & Wiethaeuper, 2003), inquietando os clínicos com a dúvida a respeito do alcance duradouro de seus resultados. Atualmente, se estima em mais de quinhentos o número de técnicas psicoterápicas descritas, o que exige avaliação criteriosa de sua eficácia (Kazdin, 2000). Frente à proliferação crescente de técnicas distintas, Bergin e Garfield (1994) alertaram, ainda no século passado, que, no século atual, poderíamos chegar, no mundo ocidental, ao ponto de criar um tipo de psicoterapia para cada indivíduo. Cada vez mais, é necessário identificar, testar, desenvolver e, sobretudo, estimular a disseminação e o uso de técnicas validadas em pesquisas científicas para desenvolver o que se denomina *psicoterapias baseadas em evidência* (Ollendick & King, 1998; Pheula & Isolan, 2007). Vários termos semelhantes têm sido utilizados para definir tratamentos

baseados em evidências, incluindo tratamentos com validação empírica, tratamentos com suporte empírico, prática baseada em evidências e tratamentos que funcionam (Kazdin, 2000).

A necessidade urgente de incrementar a pesquisa psicanalítica e torná-la baseada em evidências se explica pela: 1) obrigação científica de avaliar e desenvolver o conhecimento psicanalítico; 2) responsabilidade social do psicanalista de esclarecer à opinião pública a respeito da eficácia da psicanálise e das psicoterapias psicanalíticas; 3) necessidade de ampliação do limite e da efetividade destes tratamentos; 4) premência de justificar e assegurar os sistemas de pagamento das psicoterapias psicanalíticas; 5) obrigação imprescindível de reforçar as relações da psicanálise com o mundo clínico e acadêmico (Kernberg, 2008).

Entretanto, uma corrente oposta a estas ideias, personificada por André Green, as rebate constantemente, argumentando que a pesquisa em psicoterapia psicanalítica/psicanálise corre o risco de reduzir, de forma simplista, conceitos complexos – fazendo um desserviço à psicanálise como um todo. Argumentam que a pesquisa empírica não tem auxiliado a prática psicanalítica e que os desenvolvimentos significativos na técnica e na teoria vieram de inspirações teóricas e clínicas (Perron, 2008). Não se tem dúvida de que a sutileza, complexidade e riqueza do processo psicanalítico não podem ser capturadas na qualidade necessariamente restrita de projetos de pesquisa específicos. Em longo prazo, entretanto, devido ao efeito cumulativo de dados empíricos isolados e restritos, a integração da pesquisa com os fenômenos clínicos pode contribuir significativamente para reafirmar a posição da psicanálise entre as ciências e no campo de prestação de serviços à saúde mental, assegurando seu futuro (Kernberg, 2008).

## **A histórica busca de evidências**

Embora a discussão em torno desta prática seja atual, a tentativa de levantar evidências quantitativas sobre o processo psicoterapêutico não é tão recente. Há mais de 80 anos, pesquisadores do mundo todo vêm se debruçando sobre a difícil tarefa de aproximar a psicoterapia (como tratamento de doenças psíquicas) às ciências da saúde, criando elementos comuns quanto à linguagem científica de seus achados, método de investigação, quantificação dos resultados e outras exigências da ciência pós-moderna. Os principais centros de pesquisa reúnem-se, a cada dois anos, no Congresso Mundial da Sociedade de Pesquisa em Psicoterapia (*Society for Psychotherapy Research – SPR*), entidade que já conta com mais de 40 anos desde sua fundação e exemplifica a ampla história de pesquisas nesta área.

A primeira revisão mais rigorosa dos resultados das psicoterapias foi realizada por Hans Eysenck (1952), o qual analisou 24 pesquisas publicadas desde 1927. Estas pesquisas totalizavam 8053 casos tratados tanto em psicoterapia psicanalítica quanto em psicoterapias ecléticas (tratamento de orientação analítica que mistura elementos de apoio ou aconselhamento). Eysenck encontrou que 44% dos pacientes melhoraram, quando tratados com psicoterapia psicanalítica, comparado ao índice de 64% de melhora nas psicoterapias ecléticas. Denker (1946) já havia concluído que, após dois anos, 72% dos pacientes neuróticos graves melhoravam sem que tivessem recebido qualquer tipo de psicoterapia. Estes achados levaram Eysenck a concluir que o índice de recuperação espontânea de casos neuróticos era superior ao da psicoterapia psicanalítica e ao das psicoterapias ecléticas, sendo uma perda de tempo e de recursos financeiros qualquer paciente se submeter a um tratamento psicoterápico sistemático. Em 1949, ele recomendou à

Associação Americana de Psicologia (APA) que psicólogos clínicos não fizessem treinamento em psicoterapia. Frente a estes achados, houve um súbito crescimento de pesquisas em psicoterapia psicanalítica, todas considerando aspectos metodológicos responsáveis por vieses importantes na interpretação destes resultados, tais como tipos de pacientes analisados, abordagens utilizadas pelos terapeutas, tipos de tratamentos considerados, aderência à técnica, *setting* dos atendimentos, medidas de resultados, critérios de melhora, dentre outros.

Eis alguns exemplos de reconhecidos projetos envolvendo a obtenção de evidências quantitativas da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica:

a) o famoso Projeto de Pesquisa em Psicoterapia da Fundação Menninger teve início em 1954 e acompanhou, durante mais de 30 anos, 42 pacientes que haviam se submetido à psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Wallerstein (1998) concluiu que intervenções de apoio ocorrem em todos os tratamentos, inclusive nas psicanálises, e são responsáveis por mais resultados positivos (inclusive mudança estrutural) do que o previsto. Os achados deste imenso projeto são discutidos em detalhes no livro *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, do psicanalista e pesquisador Robert Wallerstein;

b) a Clínica Psicanalítica da Universidade de Colúmbia estudou, em 1985, 1348 casos (588 análises e 760 psicoterapias psicanalíticas), através de transcrições escritas das sessões. Concluiu que as personalidades neuróticas evoluíram em análise e os casos de psicóticos e pacientes limítrofes melhoraram em psicoterapia psicanalítica, valorizando a necessidade de atuação nas duas abordagens (Bachrach, Weber & Solomon, 1985; Weber, Bachrach & Solomon, 1985a, 1985b);

c) em estudo que ficou conhecido como *Berlin Psychotherapy Study*, a eficácia da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica foi comprovada na redução de sintomas

psíquicos, sintomas corporais e traços narcísicos e na melhora dos relacionamentos interpessoais e do teste de realidade (Rudolf, Manz & Ori, 1994);

d) o *Stockholm Outcome Psychotherapy Project* (conhecido como o STOPP) estudou, por três anos, 331 pacientes em psicoterapia psicanalítica e 74 em psicanálise, encontrando associação entre a redução de sintomas e a frequência e duração do tratamento, sendo que pacientes em psicanálise obtiveram melhores resultados (Sandell et al., 2000).

No site da Associação Psicanalítica Americana - [http://www.apsa.org/Programs/Research/Empirical\\_Studies\\_in\\_Psychoanalysis.aspx](http://www.apsa.org/Programs/Research/Empirical_Studies_in_Psychoanalysis.aspx) - é possível visualizar uma lista de estudos que objetivaram avaliar a eficácia e a efetividade da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica. Percebe-se, assim, que, durante décadas, os psicanalistas ocuparam-se da tarefa de tornar científicos seus resultados, não sendo correto classificar como recente a valorização de pesquisas em psicoterapia psicanalítica.

### **O fenômeno Dodô nas psicoterapias**

Estudos comparando tipos distintos de abordagens terapêuticas foram analisados por Luborsky, Singer e Luborsky (1975), os quais chegaram a conclusões semelhantes: todas as abordagens alcançaram resultados clínicos importantes, se comparadas ao efeito placebo ou a nenhum tratamento ativo. Para ilustrar o fenômeno, os autores recorreram ao veredito do pássaro Dodô do livro *Alice no País das Maravilhas*: “Todos ganharam; logo, todos devem ganhar prêmios”. O fenômeno Dodô, como ficou conhecida a profusão de resultados favoráveis às psicoterapias, é até hoje debatido na literatura especializada.

Embora haja profusão de pesquisas originais e revisões sistemáticas demonstrando a efetividade da psicanálise e das psicoterapias psicanalíticas (Crits-Cristoph et al., 1999; Bateman & Fonagy, 2001; Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger & Beutel, 2003; Beutel, Rasting, Stuhr, Rüger & Leuzinger-Bohleber, 2004; Bond & Perry, 2004; Leichsenring, 2005), muitas questões metodológicas, envolvendo os limites da investigação empírica para a utilização destas evidências, colocam-se entre os leitores dos estudos e os pesquisadores.

Por exemplo, é evidente que os resultados de uma psicoterapia dependem do tempo de seguimento dos pacientes, uma vez que a discussão sobre a durabilidade das conquistas psicoterapêuticas parece relevante. Comparando psicoterapia psicanalítica breve (5-6 meses, uma vez por semana), psicoterapia breve focada na resolução de conflitos (8 meses, 12 sessões) e psicoterapia psicanalítica de longa duração (3 anos, 2-3 vezes por semana), Knekt et al. (2008) avaliaram 326 pacientes ambulatoriais com transtornos de humor e transtornos de ansiedade, alocados, aleatoriamente, nestes três grupos. Durante os três anos de *follow-up*, sintomas de depressão e ansiedade tiveram redução significativa nos três grupos. A psicoterapia psicanalítica breve foi mais efetiva do que a psicoterapia psicanalítica de longa duração, durante o primeiro ano de seguimento, em todas as medidas avaliadas. Ela também foi superior no tratamento da ansiedade, quando comparada à psicoterapia focada na resolução de conflitos. Durante o segundo ano de acompanhamento, nenhuma diferença significativa foi encontrada nos três grupos. Após três anos de *follow-up*, a psicoterapia psicanalítica de longa duração foi mais efetiva do que os dois modelos de psicoterapia breve avaliados.

Além do tempo de seguimento, características da clientela devem ser consideradas, respeitando os limites de indicação e contra-indicação preconizados na

literatura sobre estes tratamentos. Não objetivando esgotar o tema, parece interessante citar alguns exemplos de estudos avaliando o efeito da psicoterapia psicanalítica para transtornos psiquiátricos específicos, com o intuito, no presente contexto, de demonstrar tanto a efetividade da psicoterapia psicanalítica para estas psicopatologias quanto as limitações metodológicas de estudos sobre resultados de psicoterapias.

O primeiro exemplo refere-se ao efeito da psicoterapia psicodinâmica em pacientes com transtorno de pânico, o qual foi avaliado em estudo recente (Milrod et al., 2007). O estudo encontrou que estes pacientes tiveram redução significativa na severidade dos sintomas de pânico, quando comparada a psicoterapia psicodinâmica focal a um programa que incluía psicoeducação e técnicas de relaxamento. Além disso, pacientes alocados aleatoriamente no grupo da psicoterapia dinâmica abandonaram menos seus tratamentos do que os demais (73% versus 39%).

Para ansiedade generalizada, 57 pacientes diagnosticados com este transtorno pelo DSM-IV foram randomicamente designados para psicoterapia psicodinâmica breve ou para psicoterapia cognitivo-comportamental de 30 sessões, com frequência semanal. Leichsenring et al. (2009) encontraram redução significativa nos níveis de ansiedade e depressão nos dois grupos, sendo ambas as abordagens efetivas para o tratamento da ansiedade generalizada. Entretanto, quando avaliadas a ansiedade como traço de personalidade (não estado), a preocupação e a depressão dos pacientes isoladamente, embora ambas as abordagens tenham tido efeitos favoráveis, a psicoterapia cognitivo-comportamental mostrou resultados superiores. Os próprios autores levantam a hipótese de que este achado não necessariamente está relacionado à melhora: na psicoterapia psicodinâmica, a preocupação (*worrying*) pode ser conceituada como um mecanismo de defesa contra fantasias e sentimentos que são

ainda mais assustadores e preocupantes do que os conteúdos de suas preocupações. A ruminação das preocupações (percebida quando a ansiedade se associa a um transtorno depressivo) é mais diretamente trabalhada na psicoterapia cognitivo-comportamental, mas talvez outros aspectos específicos da psicoterapia psicanalítica tenham sido deixados de fora nesta investigação. Novamente, também é possível questionar se estes efeitos se manteriam em um tempo maior de *follow-up*, uma vez que o estudo acompanhou os pacientes por apenas seis meses depois de finalizada a psicoterapia.

A fim de exemplificar a efetividade da psicoterapia psicanalítica para os transtornos depressivos, pode-se citar o seguinte estudo: comparou-se o efeito do uso de Clomipramina isolado com o uso de Clomipramina combinado à psicoterapia psicodinâmica, em 74 pacientes ambulatoriais com depressão maior. A psicoterapia psicodinâmica e as sessões psiquiátricas tiveram a mesma duração (10 semanas). Burnand, Andreoli, Kolatte, Venturini e Rosset (2002) mensuraram melhoras significativas em ambos os grupos, mas o tratamento combinado foi associado a maior sucesso terapêutico, melhor ajustamento ao trabalho, melhor funcionamento global e menores taxas de hospitalização. Houve economia média de U\$2.311 por paciente quando administrado o tratamento combinado, considerando taxas de hospitalização e dias de trabalho perdidos. Uma vez que este valor supera os honorários de 10 semanas de psicoterapia psicodinâmica, parece financeiramente vantajoso oferecer este tipo de psicoterapia combinado à medicação para depressão maior.

Para os transtornos de personalidade, a psicoterapia psicanalítica também foi testada. Comparando o efeito de 40 sessões com frequência semanal de psicoterapia psicanalítica breve e psicoterapia cognitivo-comportamental, Svartberg, Stiles e

Seltzer (2004) estudaram 50 pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade do Agrupamento C e nenhum transtorno dos demais agrupamentos de Eixo II. Os pacientes foram avaliados durante o tratamento e por um período de 2 anos de *follow-up*. Houve melhora significativa em ambos os grupos. Embora os índices brutos de melhora tenham sido superiores no grupo que recebeu psicoterapia psicanalítica, os autores não puderam afirmar que esta diferença é estatisticamente significativa, em virtude do reduzido tamanho amostral e, conseqüentemente, do baixo poder estatístico do estudo (o poder para detectar um tamanho de efeito médio,  $d=0,50$ , foi de 0,41 para a comparação entre os grupos). Mais uma vez, limitações metodológicas impedem o estabelecimento de resultados conclusivos.

A ausência de evidências de que uma abordagem seja superior a outra pode portanto, estar relacionada mais a vieses metodológicos do que à igualdade de resultados dos tratamentos propriamente ditos. Mesmo assim, é importante considerar que alguns fatores comuns às psicoterapias têm sido descritos como os grandes responsáveis por mudança psíquica e melhora sintomática nos tratamentos psicoterápicos. Existem dados que sugerem que a aliança terapêutica, por exemplo, é um fator ativo que contribui para o sucesso do tratamento, pois a própria relação terapêutica é produtora de mudanças, independentemente da abordagem teórico-clínica do terapeuta (Gaston & Marmar, 1994). Até a quinta sessão de psicoterapia, parece existir uma janela de oportunidade para o estabelecimento de uma relação terapêutica viável, o que aumenta consideravelmente as chances de sucesso terapêutico.

Considerando todos estes fatores, Leichsenring (2005) publicou no prestigioso *International Journal of Psychoanalysis* uma famosa revisão das evidências empíricas de resultados das psicoterapias psicanalíticas publicadas entre

1960 e 2004. Encontrou evidências de efetividade para psicoterapia psicanalítica nas seguintes patologias: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos de estresse pós-traumático, transtornos somatoformes, bulimia nervosa, anorexia nervosa, transtorno de personalidade *borderline*, transtornos de personalidade do agrupamento C e transtornos relacionados ao uso de substâncias. O resultado da psicoterapia psicanalítica, conforme discutido pelo autor, a partir dos estudos analisados, estaria relacionado à utilização competente das técnicas psicoterapêuticas, ao desenvolvimento de uma aliança terapêutica e a características pessoais do terapeuta.

Em 2008, Leichsenring e Rabung realizaram uma meta-análise para analisar os efeitos da psicoterapia psicodinâmica de longa duração; incluíram estudos que usaram psicoterapia psicodinâmica individual, com duração mínima de um ano ou de 50 sessões, com delimitações prospectivas e que relataram medidas confiáveis de avaliação dos desfechos. Vinte e três estudos envolvendo um total de 1053 pacientes foram incluídos na análise. A psicoterapia psicodinâmica de longa duração mostrou resultados superiores às psicoterapias breves, considerando tanto a melhora de problemas focais como o funcionamento da personalidade como um todo. Após o tratamento com psicoterapia psicodinâmica de longa duração, pacientes com transtornos mentais complexos (transtornos de personalidade, transtornos mentais crônicos, transtornos mentais múltiplos, transtornos depressivos e transtornos ansiosos), em média, apresentaram melhores resultados do que 96% dos pacientes dos grupos de comparação, o que demonstra a efetividade deste tratamento para estes transtornos (Leichsenring & Rabung, 2008).

Assim, embora estejam bem documentadas, na literatura especializada, as evidências de efetividade das psicoterapias psicanalíticas, investigações mais modernas e contemplando diversos aspectos do processo ainda se fazem necessárias.

Wallerstein (2007) descreve a existência de quatro gerações de pesquisa de resultados na psicanálise e psicoterapia psicanalítica, baseadas na evolução temporal e no grau de sofisticação das metodologias empregadas. A primeira geração (de 1917 aos anos 60) caracterizou-se pela simples contagem estatística dos resultados dos tratamentos, de acordo com as patologias e com outras características específicas dos pacientes. A segunda geração (de 1950 até os anos 80) empregou medidas específicas de melhora e utilizou escalas para avaliação antes e depois do tratamento, objetivando prever resultados das intervenções. A terceira geração, contemporânea à segunda, pesquisou, além dos resultados (quantos melhoram?), o processo terapêutico (como melhoram? por que melhoram?) e incluiu em sua metodologia o seguimento dos pacientes na fase de pós-tratamento. A quarta geração (de 1980 ao presente) envolve maior complexidade nas medidas de resultado e na avaliação da estrutura psicológica, na tentativa de associar mudanças estruturais ao processo terapêutico. É necessário, portanto, aperfeiçoamento constante nas técnicas de pesquisa, a fim de contemplar a apreensão de fenômenos clínicos complexos, como os psicanalíticos.

### **Perspectivas futuras**

Na década de 90, a complexidade das pesquisas na área de saúde mental foi redimensionada, uma vez que o número de categorias do DSM passou de 66 para 286, na quarta edição, e as ciências neurológicas e farmacológicas revolucionaram,

em muitos aspectos, o conhecimento do comportamento humano (Araújo & Wiethaeuper, 2003). Não é mais suficiente comparar tipos de psicoterapia, torna-se imperativo comparar resultados de psicoterapia com outras modalidades de tratamentos.

Ademais, estudos transdisciplinares a respeito do processo de mudança em psicoterapia psicanalítica parecem úteis para comprovar/compreender, através de suas bases orgânicas, os fundamentos teóricos da ciência psicanalítica.

Do ponto de vista da ciência física, há a evolução de um engenhoso trabalho de neurocientistas e psicanalistas que procuram compreender as relações dos fenômenos descritos pela psicanálise com os fenômenos cerebrais. A neuropsicologia dinâmica notabilizada por Luria, em torno de 1939, por exemplo, tem princípios que se aproximam aos da psicanálise por aceitar que as funções da fisiologia cerebral ocorrem na interação dinâmica de diversas áreas espalhadas pelo cérebro, e não são resultantes de uma localização em um único centro. Achados de grandes nomes como Antônio Damásio (sobre consciência), Eric Kandel (sobre memória), Joseph LeDoux (sobre aprendizagem emocional) e Oliver Sacks (sobre percepção) estão confirmando, através do estudo das estruturas e funcionamento cerebrais, várias das hipóteses psicanalíticas. As bases neurológicas para os conceitos psicanalíticos Inconsciente, Repressão, Princípio do Prazer, Id e o significado dos sonhos estão descritos em Solms (2007), outro nome de referência em neuropsicanálise.

O potencial das técnicas de neuroimagem funcional para entender e avaliar a psicoterapia vem sendo cada vez mais pesquisado e utilizado. Assim, é possível abrir novos caminhos para diminuir a lacuna entre a psicanálise e a psiquiatria biológica. A revisão de diversos estudos de resultados envolvendo neuroimagens (Beutel & Huber, 2008) e as evidências emergentes quanto à plasticidade do cérebro tornam

obsoleta a discussão de que os tratamentos somáticos teriam impacto no cérebro, enquanto os tratamentos psicológicos teriam efeito mais subjetivo. Assume-se, hoje em dia, que a psicanálise também tem impacto mensurável no funcionamento do cérebro, na medida em que melhora os sintomas, muda padrões de relacionamento ou aumenta a capacidade de mentalização (Beutel, Stern & Silbersweig, 2003).

Enfim, é necessário dialogar com as outras ciências, é imprescindível sustentar a psicanálise no campo dos tratamentos da área da saúde e é fundamental manter a transdisciplinaridade viva na teoria psicanalítica, pois teve papel fundante em sua criação. Mesmo assim, ao longo desta breve revisão, percebe-se que são inúmeras as dificuldades encontradas pelos profissionais que se aventuram na tarefa de pesquisar a subjetividade do processo terapêutico psicodinâmico. No entanto, quão precário seria o conhecimento humano se todas as investigações científicas até hoje realizadas tivessem sido abandonadas sempre que os pesquisadores se deparassem com suas limitações.

## Referências

Araújo, M., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 33-52.

Bachrach, H.M., Weber, J.J., & Solomon, M. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations). Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 379-388.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.

Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Toronto: Wiley.

Bond, M., & Perry, C. (2004). Long term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-71.

Beutel, M., Stern, E., & Silbersweig, D. (2003). The Emerging Dialogue Between Psychoanalysis and Neuroscience: Neuroimaging Perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (3), 773-81.

Beutel, M., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B., & Leuzinger-Bohleber, M. (2004). Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic

psychotherapies on health care utilization and costs. *Psychotherapy Research*, 14, 146-60.

Beutel, M., & Huber, M. (2008). Functional Neuroimaging—Can It Contribute to Our Understanding of Processes of Change? *Neuropsychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, 10 (1), 5-16.

Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A., & Rosset, N. (2002). Psychodynamic Psychotherapy and Clomipramine in the Treatment of Major Depression. *Psychiatric Services*, 53 (5), 585-590.

Crits-Cristoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L.S., Muenz, L.R., Thase, M.E., Weiss, R.D., Gasfriend, D.R., Woody, G.E., Barber, J.P., Butler, S.F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L.M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M.L., Moras, K., & Beck, A.T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.

Denker, R. (1946). Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner: a follow-up study of 500 cases. *New York State Journal of Medicine*, 46, 2164-6.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-24.

Gastaud, M., Salvador, J., Pettenon, M.I., Pedroso, R., Andrezza, T., Vaz, V., Eizirik, C., Ceresér, K., & da Rocha, N. (2011). Psychotherapy Clinical trials

published in Brazilian journals: a qualitative systematic review of the literature. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1 (4), 726-732.

Gaston, L., & Marmar, C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A.O. Hovarth & L.S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley.

Jiménez, J.P. (2007). Can research influence clinical practice? *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 661-79.

Kazdin, A.E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-37.

Kernberg, O. (2008). A necessidade premente de ampliar a pesquisa na e sobre a psicanálise. *Livro Anual de Psicanálise*, 22, 25-30.

Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., Valikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., & Renlund, C.; Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-68.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300 (13), 1551-1565.

Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kachele, H., Kreische, R., Leweke, F., Ruger, U., Winkelbach, C., & Leibing, E. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166, 875–881.

Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Ruger, B., & Beutel, M. (2003). How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multiple-perspective follow-up study. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 263-90.

Milrod, B., Leon, A.C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E.T., Graf, E., Teres, J.J., & Shear, M.K.(2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (2), 265-272.

Nicolescu, B. (1999). *O Manifesto da Transdisciplinaridade*. Sao Paulo: TRIOM.

Ollendick, T.H., & King, N.J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.

Perron, R. (2008). Como fazer pesquisa? Resposta a Otto Kernberg. *Livro Anual de Psicanalise*, 22, 32-36.

Pheula, G.F., & Isolan, L.R. (2007). Psiquiatria baseada em evidencia em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clnica*, 34 (2), 74-83.

Rudolf, G., Manz, R., & Ori, C. (1994). Results of psychoanalytic therapy. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40(1), 25-40.

Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 921-42.

Solms, M. (2007). Neurociência. In E. Person, A. Cooper, & G. Gabbard (Eds). *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, M. (2005). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161 (5), 810-7.

Wallerstein, R. (1998). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 195-205.

Wallerstein, R. (2000). *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: The Analytic Press.

Wallerstein, R. (2007). Pesquisa sobre resultado. In E. Person, A. Cooper, & G. Gabbard (Eds). *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Weber, J.J., Bachrach, H.M., & Solomon, M. (1985a). Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 127-141.

Weber, J.J., Bachrach, H.M., & Solomon, M. (1985b). Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 251-262.

## **OBJETIVOS**

### **1. Justificativa**

A diversidade de critérios de indicação e contra-indicação para tratamento encontrada na teoria da técnica psicanalítica precisa afastar-se da especulação e da observação de cada terapeuta e deve alicerçar-se em evidências. Instrumentar terapeutas para predizer prováveis desfechos dos pacientes que buscam psicoterapia psicanalítica é crucial para a indicação de tratamento e para a elaboração de estratégias de intervenção durante as fases iniciais da psicoterapia. Através de estudos quantitativos, acompanhando uma amostra representativa de pacientes de um ambulatório, dá-se um passo importante rumo ao estabelecimento de critérios de indicação e contra-indicação mais precisos para esta modalidade terapêutica e à criação de ferramentas terapêuticas mais adequadas para estes pacientes.

### **2. Objetivos**

#### **2.1. Objetivo Geral**

Identificar características dos pacientes indicados e contra-indicados para psicoterapia psicanalítica, preditores de não concordância em iniciar tratamento e o perfil de pacientes que melhoram e não melhoram após seis meses de psicoterapia psicanalítica.

#### **2.2. Objetivos Específicos**

Confirmar se os atendimentos realizados no local de realização da pesquisa aderem à técnica da psicoterapia psicanalítica. Verificar se há associação entre indicação/não indicação para psicoterapia psicanalítica, concordância/não concordância em iniciar tratamento e melhora/não melhora inicial e os fatores: sexo,

idade, renda familiar, escolaridade, motivo de consulta, fonte de encaminhamento, diagnóstico, qualidade de vida, sintomas apresentados e estilo defensivo do paciente, realização de tratamentos combinados à psicoterapia e nível de instrução do terapeuta.

## **RESULTADOS**

Os resultados quantitativos desta investigação serão apresentados através de artigos, no formato exigido pelas revistas em que foram publicados. O primeiro trabalho relata, através de carta ao editor, uma pesquisa preliminar realizada no ambulatório objetivando verificar se os terapeutas que atendem nesta instituição aderem à técnica da psicoterapia psicanalítica nas sessões com seus pacientes. O segundo artigo aborda a questão da indicação para psicoterapia psicanalítica e da concordância em iniciar tratamento dentre pacientes que buscam atendimento. O terceiro artigo relata o resultado de uma pesquisa de seguimento realizada com os pacientes que iniciaram tratamento e permaneciam em tratamento aos seis meses de psicoterapia, objetivando diferenciar os casos que apresentavam melhora inicial dos casos que não apresentavam.

As tabelas estão apresentadas ao final de cada artigo, após a seção de referências. O segundo e o terceiro artigo foram escritos na língua inglesa por exigência do seu local de publicação.

## **Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar**

Adherence to technique in psychoanalytic psychotherapy: a preliminary study

Marina Gastaud, Camila da Costa, Carolina Padoan, Daniela Berger, Daniela

D´Incao, Daniela Krieger, Letícia Lacerda, Michelle Aline Camozzato

Publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 61 (3): 189-190, 2012.

Prezado editor,

Classicamente, o treinamento em psicoterapia psicanalítica está baseado em um tripé proposto por Freud para formação de psicanalistas: aprendizado teórico, supervisão clínica e análise/psicoterapia psicanalítica pessoal. Por ser uma atividade realizada de forma isolada, sem que o professor/supervisor esteja presente durante a sessão, não há garantia de que este aprendizado esteja sendo utilizado na prática clínica do terapeuta em formação. Ademais, a aplicação da técnica psicanalítica também depende de características do paciente: quando o paciente não apresenta capacidade de *insight* e de abstração ou quando necessita de contenção por parte do terapeuta, o terapeuta tende a utilizar técnicas mais diretivas, abordagens de apoio ou técnicas mistas em sua prática<sup>1,2</sup>. Diante destas constatações, questiona-se: os psicoterapeutas de um ambulatório de psicoterapia psicanalítica (Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre/RS) de fato atuam psicanaliticamente com seus pacientes? Os pacientes desta instituição propiciam o uso da técnica psicanalítica durante seus atendimentos? O ambulatório em questão

agrega uma escola de psicanálise que forma especialistas em psicoterapia psicanalítica com base no tripé acima mencionado.

Decidiu-se, então, submeter à análise de pares de juízes 118 sessões dialogadas de pacientes adultos atendidos no referido ambulatório nos últimos cinco anos, cedidas pelos terapeutas (67 sessões, 56,8%) e seus supervisores (51 sessões, 53,2%). Quinze terapeutas e 81 pacientes estão representados nestas sessões. As sessões foram avaliadas por oito juízes (psicólogos especialistas em psicoterapia psicanalítica), independentemente, após treinamento.

Utilizou-se o Instrumento para Avaliação de Sessões Psicanalíticas (IASP), o qual apresenta boa confiabilidade e é composto pelos itens: neutralidade do terapeuta, tipo de intervenções utilizadas, uso de interpretações, uso da teoria psicanalítica para compreensão do material, criação de espaços reflexivos e relação terapeuta-paciente<sup>3,4</sup>. A pontuação final da sessão pode variar de zero a 25 pontos, sendo que sessões com pontuações iguais ou superiores a 13 são consideradas psicanalíticas. O instrumento não mensura a qualidade da sessão e a adequação das intervenções do terapeuta; não há necessariamente correlação entre a aderência à técnica e a qualidade da sessão.

Das 118 sessões analisadas, houve concordância que 106 delas seriam psicanalíticas e que duas não seriam; não houve concordância quanto às demais 10 sessões. Ajustando para a alta prevalência de sessões consideradas psicanalíticas, foi calculada a medida PABAK (*prevalence-adjusted and bias-adjusted kappa*), conforme proposto por Byrt, Bishop e Carlin<sup>5</sup>. A concordância entre os juízes foi considerada alta (PABAK=0,831/p=0,009).

Assim, foi possível concluir que, neste ambulatório, a técnica predominantemente utilizada corresponde ao modelo psicanalítico. Tentando

favorecer o acesso às mais variadas sessões, de forma que fossem representativas dos atendimentos, optamos por coletar as sessões sem identificação do terapeuta e do paciente. Portanto, não foi possível, neste estudo preliminar, estabelecer associações entre a aderência à técnica psicanalítica e características dos pacientes e terapeutas envolvidos neste atendimento, passos seguintes deste estudo ainda em andamento.

Conclui-se que há indícios de que é possível aderir à técnica psicanalítica em *settings* institucionais (não apenas em consultórios particulares) e de que o ensino da psicoterapia psicanalítica baseado no tripé é suficiente para transmitir a técnica aos terapeutas.

## Referências

- 1) Gabbard G. Psiquiatria Psicodinâmica – Na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 2) Serralta F, Pole N, Nunes ML, Eizirik C, Olsen C. The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*. 2010; 20 (5), 654-575.
- 3) Hauck S, Crestana T, Mombach C, Almeida E, Eizirik C. Pesquisa em psicanálise e psicoterapia psicanalítica: um novo instrumento para avaliação de aderência à técnica em estudos de efetividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30 (3): 290-301.
- 4) Almeida E. Criação e aplicação de instrumento para verificação de aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, 2010.
- 5) Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993; 46 (5): 423-429.

**The indication and agreement to initiate treatment during initial evaluation of  
psychodynamic psychotherapy**

Marina Bento Gastaud, Fernando Basso, Lucas Seiki Mestre Okabayashi, Maria  
Lúcia Tiellet Nunes, Cláudio Laks Eizirik

Submetido à revista *Psychoanalytic Psychology: A Journal of Theory, Practice,  
Research, and Criticism*.

**Abstract**

This naturalistic and longitudinal study, following a sample of 557 outpatients who sought psychodynamic psychotherapy, aimed to verify the factors associated with non-indication for psychodynamic psychotherapy and to establish predictors of non-agreement to initiate treatment for patients indicated for this treatment. The study observed that patients consulting for somatic or attention problems and/or with a low educational level were less likely to be indicated for psychodynamic psychotherapy; patients perceiving their symptoms as intense were more likely to be indicated for this treatment. The following were the predictors of non-agreement to initiate psychodynamic psychotherapy during the initial evaluation stages: low educational level, low family income, diagnosis of schizophrenia, schizotypal or delusional disorders, depressive problems and/or never experiencing psychotherapy. Psychodynamic psychotherapy, as with every other treatment, appears to be suitable for a specific group of patients. Unless the technique performed by psychotherapists during psychodynamic psychotherapy's initial stages is improved, the relevance of

referring a non-concordant profile to this psychotherapeutic modality is herein discussed. For cases with correct indications, the authors suggest some strategies to encompass the profile of the non-concordant patients observed in this research. The indication and contraindication criteria for psychodynamic psychotherapy must be reviewed and employed more rigorously by clinicians.

Keywords: treatment indication; treatment compliance; suitability; premature discontinuation; psychodynamic psychotherapy.

## **Introduction**

Before initiating treatment when receiving a potential patient for psychodynamic psychotherapy, the psychotherapist must perform an initial evaluation and decide the best specific course of action. This preliminary assessment aims to establish the best therapeutic approach for the case, based on indication or contraindication criteria (Rueve & Correll, 2006), and develops a therapeutic alliance. After the initial evaluation period, if the psychotherapist recommends psychodynamic psychotherapy for the patient, treatment goals are established and the contract is discussed between the psychotherapist and the patient. If both individuals agree to initiate treatment, psychodynamic psychotherapy commences. This assessment period typically requires several sessions/interviews (Truant, 1998), generally, 2 to 4 (Etchegoyen, 2010).

Patient withdrawal during this initial period commonly occurs. The literature on this topic, although outdated, reveals this phenomenon: of 100 potential patients who contact a mental health service, only 50 will attend the initial interview (Garfield, 1994; Sparks, Daniels & Johnson, 2003). Thirty-three individuals will attend the first session of psychotherapy (Philips, 1985), 20 will remain in psychotherapy at the third session (Pekarik, 1983) and fewer than 17 will remain in treatment at the end of the tenth session (Garfield, 1994). Thus, the initial phase of psychotherapy is fundamental for treatment continuation (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008).

There is good evidence for analytically oriented psychotherapy for a range of disorders, in addition to studies indicating improvements in global functioning, interpersonal relationships, quality of life and patients' wellbeing (Leichsenring,

2005; Jung, Nunes & Eizirik, 2006). Nevertheless, psychotherapy, like any other effective treatment in medicine or psychology, may lead to negative effects in either the patient or those around him (Crown, 1983; Linden, 2012). It is necessary to study the factors associated with an indication and decision to initiate treatment, specifically for insight-oriented psychotherapies because they require different prerequisites for the participation in psychotherapeutic work.

The systematic selection of patients results in a better longer-term outcome for psychodynamic psychotherapy when compared to a control procedure of random treatment selection (Watzke et al., 2010). Because systematic treatment selection appears to optimize the treatment outcome for psychodynamic psychotherapy, pursuing systematic treatment assignment strategies in mental healthcare settings is a worthwhile endeavor. However, clinical decision-making regarding the suitability of psychological therapies is hampered by limitations of psychotherapy research and our absence of understanding therapeutic mechanisms (Fonagy, 2010). The conflicting evidence regarding a patient's characteristics associated with indication and agreement to initiate psychodynamic psychotherapy results from the absence of general consensus on indication/contraindication criteria (Fonagy, 2010). Research is necessary to refine the criteria used to decide the allocation of individual and collective resources (Schestatsky, 1989).

Valbak (2004) reviewed the empirical studies published in the previous 20 years on outpatients' pre-therapy suitability for psychoanalytic psychotherapy and observed that the following most promising variables with the highest correlations with a good outcome: a good quality of object relations, psychological mindedness and motivation for change. Nine years later, De Jonge, Van and Peen (2013) reviewed studies relating to patient characteristics, predictive factors and clinical

judgments regarding the outcome of psychodynamic psychotherapy. Although observing similar results, the authors claim that object-related functioning, motivation and psychological mindedness appear to have low to moderate influence on the outcome of psychodynamic psychotherapy. However, in practice, the suitability of treatment was actually determined based on the clinical judgment of patient characteristics and an assessment of whether the psychotherapeutic process was likely to lead to a profitable patient-clinician relationship (De Jonge, Van & Peen, 2013).

Psychodynamic clinicians agree that the motivation for treatment (a spontaneous search for treatment or availability of financial resources) is crucial to indicate psychodynamic psychotherapy but also postulate other possible factors associated with indication: the patient's current moment in life (considerable psychological distress, intact reality testing, an absence of acute symptoms that places patients' lives at risk), the patient's diagnosis and defensive style (Dewald, 1964; Kernberg, 2004; Keidann & Dal Zot, 2005; Gabbard, 2005). Therefore, it is compelling to empirically verify which characteristics of patients are related to clinical judgments when indicating psychodynamic psychotherapy. Because it is not necessarily inadvisable that some patients disagree with the initiation of psychodynamic psychotherapy, it appears important to evaluate patients' decisions to initiate treatment, particularly because this decision is an important component of psychotherapy indication. Knowing the variables associated with an agreement to initiate treatment would also enable the planning of more appropriate interventions for this clinical population. Thus, this study aimed to assess associations between patient characteristics (gender, age, education, income, diagnosis, source of referral, reason for consultation, medical history, symptoms, defensive style and quality of

life) and the training level of the psychotherapist for the a) psychotherapist's decision to indicate/contraindicate psychodynamic psychotherapy and b) patient's decision to initiate treatment, once indicated.

## **Methods**

This longitudinal and naturalistic study was performed in an outpatient clinic in the city of Porto Alegre, Southern Brazil. The clinic integrates a three-year post-graduation training course for psychodynamic psychotherapy. The treatments performed in this institution are open-ended and count on the weekly attendance established by the patient and psychotherapist at the initiation of psychotherapy.

The initial evaluation procedure occurs at two time frames: 1) an intake interview is conducted to initially screen patients who seek psychodynamic psychotherapy and 2) if psychodynamic psychotherapy is indicated by the interviewer, the patient participates in a second evaluation with a psychotherapist. The 12 interviewers that performed the intake interviews were psychologists, specialists in psychodynamic psychotherapy, and had at least four years of clinical interview experience. The 58 psychotherapists were psychologists; 58.6% had previously completed the specialization course at the time of the study.

The study sample comprised all patients over 18 who sought treatment between May 2009 and December 2010 and agreed to participate in the study (signing an informed consent after the research goals and methods had been fully explained). The project was approved by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Department of Porto Alegre.

## Instruments

A clinical and socio-demographic questionnaire – Self-provided patient data were obtained from the initial registration form completed by patients during the intake interview and records of the psychologists who performed these interviews.

The World Health Organization Quality of Life – brief version (WHOQOL-Brief) – This instrument assesses patients' quality of life in four domains: Physical, Psychological, Social Relationships and Environment. The Brazilian version of the WHOQOL instruments was developed by the WHOQOL Centre for Brazil (Fleck et al., 2000). The Brazilian version of the WHOQOL-Brief showed good internal consistency (Cronbach's  $\alpha = 0.77$ ). The correlation coefficients between the test and retest measurements presented values above 0.7 and were highly significant, thus demonstrating good test-retest reliability with a difference of two to four weeks between applications.

The Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R) – This instrument assesses nine dimensions of patients' symptomatology: Somatization, Obsessiveness/Compulsivity, Interpersonal sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic anxiety, Paranoid ideation and Psychoticism. This instrument also provides a measurement of the patient's global severity (GSI – Global Severity Index), the number of symptoms indicated by the patient within 90 possibilities (PST – Positive Symptom Total) and the intensity of the presented symptoms scored by the patient (PSDI – Positive Symptom Distress Index). This instrument was developed by Derogatis and Savitz (2000) and adapted and validated for the Brazilian population by Lalon (2001). The results of the Brazilian version indicated good internal consistency (Cronbach's  $\alpha$  between 0.73 and 0.88) and regular temporal stability between seven and 15 days ( $r$  between 0.40 and 0.82).

The Defense Style Questionnaire (DSQ-40) – This instrument assesses patients' defensive style, and enables the classification of the defenses used by a patient in three categories: mature, neurotic and immature factors. The instrument was originally developed by Bond, Gardner, Christian and Sigal (1983), reorganized in the current format by Andrews, Singh and Bond (1993) and translated and validated for the Brazilian population by Blaya et al. (2004, 2007). For the reliability indices, the immature style revealed a better internal consistency (Cronbach's  $\alpha = 0.77$ ) followed by the mature (Cronbach's  $\alpha = 0.55$ ) and neurotic styles (Cronbach's  $\alpha = 0.52$ ). The test-retest reliability showed no difference between the baseline evaluation and that performed after four months. The translated version of the DSQ-40 has both reliability and construct validity. The properties of the Brazilian Portuguese version are similar to those observed in the original version of the instrument (Blaya et al., 2007).

### Definitions of Terms

Previous psychiatric and psychotherapeutic treatment: treatment approaches conducted by a psychiatrist and only based on medication were considered psychiatric treatments; psychotherapeutic treatments included all psychotherapeutic approaches conducted by either psychiatrists or psychologists.

Reason for seeking treatment was defined according to the description provided by the patient to the professional who conducted the initial interview. The interviewers rated the patients' complaints based on the definitions proposed in the internalizing, externalizing, neutral, and social behaviors scales of the ABCL - Adult Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001). The categories included depressive problems, anxiety problems, somatic problems, avoidant personality

problems, attention deficit/hyperactivity problems, antisocial personality problems.

Diagnosis: the patient's initial diagnosis provided by the interviewer through the International Classification of Diseases - 10th Edition (ICD-10) was considered. All interviewers were previously trained for this diagnostic classification system and received systematic supervision and guidance regarding the patients' diagnoses. For analytical purposes, the broad categories that comprise the chapter on mental and behavioral disorders were used (World Health Organization, 1992):

-F00-F09: Organic, including symptomatic, mental disorders

-F10-F19: Mental and behavioral disorders because of psychoactive substance use

-F20-F29: Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

-F30-F39: Mood [affective] disorders

-F40-F48: Neurotic, stress-related and somatoform disorders

-F50-F59: Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

-F60-F69: Disorders of adult personality and behavior

-F70-F79: Mental retardation

-F80-F89: Disorders of psychological development

-F90-F98: Behavioral and emotional disorders with an onset typically occurring in childhood and adolescence

-F99: Unspecified mental disorder.

Non-agreement to initiate treatment: it is important to distinguish a patient's withdrawal from psychotherapy dropout during this initial period. Garfield (1989) proposes that dropout is when the patient previously began psychotherapy and the evaluation period (initial interviews) precedes the psychotherapeutic process. The evaluation stage (the entire evaluation period preceding the contract) is a time when

both patient and psychotherapist are evaluating whether this is a treatment to significantly invest in (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006). Thus, the term "dropout" would be used to describe patients who agree to initiate psychotherapy but interrupt treatment before it is complete.

### Data Analysis

The variables were initially characterized in terms of frequencies and percentages. To detect associations between the outcomes and categorical variables (gender, education, income, diagnosis, source of referral, reason for consultation, medical history and training level of the psychotherapist), a Chi-Square test was performed. For less prevalent diagnoses, an association with the outcomes was determined using a Fisher's exact test. Because nearly all continuous variables had a normal distribution, Student's *t*-test was performed to verify the association between outcomes and age, symptoms, severity of symptomatology, defensive style and quality of life. The variable without a normal distribution (Phobic Anxiety scores) was analyzed using a Mann-Whitney test. A Poisson regression was performed to verify the predictors of indication/non-indication and agreement/non-agreement to initiate psychotherapy (Barros & Hirakata, 2003; McNutt, Wu, Xue & Hafner, 2003). All factors that were associated with the outcomes of a *p* value equal or less than 0.20 entered the stepwise regression. After including all these factors, those with a *p* value higher than 0.10 were excluded until the final model was achieved (a backward selection of variables) (Hosmer & Lemeshow, 2000). The results with a *p* value equal or inferior to 0.05 were considered significant.

Seventeen patients did not appropriately answer the WHOQOL-Brief, 41 did not appropriately answer the SCL-90-R and 51 did not appropriately answer the

DSQ-40; the results of these cases were estimated by multiple imputation (Schafer, 1997), accounting for the answer standards from variables associated with the lost results.

## **Results**

Between May 2009 and December 2010, 638 patients sought treatment in the clinic. Of these patients, 557 agreed to participate in this research, thus generating the final sample. Tables 1 and 2 describe the sample. The mean age of the patients was 35.2 years old (standard deviation = 13.1).

→ Insert Tables 1 and 2 here.

The highest percentage of patients was referred to specialist professionals after the intake interview ( $n = 161$ ; 28.9% of the total sample). Thirty-six patients (6.5%) were referred to trainees (undergraduate students), 81 (14.5%) to psychotherapists in their first year of specialization training practice, 69 (12.4%) to psychotherapists in their second year and 82 (14.7%) to psychotherapists in their third year of training practice.

### Indication for Psychotherapy

Psychodynamic psychotherapy was not indicated for 54 (9.7%) patients after the intake interview. A further 199 (35.7%) patients did not agree to initiate psychotherapy, and 304 (54.6%) agreed to initiate treatment. The interviewers contraindicated psychodynamic psychotherapy for 9.7% of the cases, but no

psychotherapist contraindicated psychodynamic psychotherapy during the initial evaluation stages.

The following variables entered the regression to compare patients who received indication for psychodynamic psychotherapy and those that did not: male sex ( $\chi^2=2.470$ ,  $df=1$ ,  $p=0.116$ ) with only Primary Education ( $\chi^2=11.852$ ,  $df=2$ ,  $p=0.003$ ), consulting for somatic problems ( $\chi^2=10.018$ ,  $df=1$ ,  $p=0.002$ ), consulting for attention problems ( $\chi^2=7.786$ ,  $df=1$ ,  $p=0.005$ ), previous psychiatric treatment ( $\chi^2=21.142$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ), use of psychotropic medication ( $\chi^2=19.303$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ) and higher PSDI means ( $t=-1.668$ ,  $df=555$ ,  $CI\ 95\% -0.327 - 0.027$ ,  $p=0.096$ ).

The final regression model was composed of the variables described in Table 3. To achieve the final result, the variable “male sex” was eliminated from the stepwise regression model. Therefore, this study observed that patients consulting for somatic or attention problems and/or with a low educational level were less likely to be indicated for psychodynamic psychotherapy; patients perceiving their symptoms as intense were more likely to be indicated for this treatment.

→ Insert Table 3 here.

#### Agreement to initiate Treatment

Among patients who had an indication for psychodynamic psychotherapy, 60.4% agreed to initiate treatment. Patients who did not agree to initiate treatment interrupted the evaluation process after the intake interview ( $n=74$ ; 37.2%), 1 interview (33; 16.6%), 2 interviews (30; 15.1%), 3 interviews (23; 11.6%), 4 interviews (26; 13.1%), 5 interviews (4; 2.0%), 6 interviews (4; 2.0%), 7 interviews

(3; 1.5%) or 8 interviews (2; 1.0%). Therefore, in 93.5% of cases that the patient did not agree to initiate treatment, the initial evaluation phase involved the initial four interviews with a limit that could be extended to eight appointments (an average of 1.74 interviews, in addition to the intake interview –  $SD=1.87$ ).

→ Insert Table 4 here.

Table 4 shows the reasons provided by non-concordant patients for not initiating treatment. Altogether, 36.2% of cases did not justify the reason for discontinuing the appointments, simply not attending the following scheduled session. Financial problems were the most prevalent reason for non-concordance (17.1%). One patient claimed to be previously satisfied with the results and only attended the screening interview. When informed how psychotherapy works, fifteen patients were not consistent with the indication for psychodynamic psychotherapy and stated that this form of assistance would not be necessary.

The following categorical variables entered the regression to compare patients who agreed or disagreed to initiate treatment:

- without Higher Education ( $\chi^2=13.208$ ,  $df=2$ ,  $p=0.001$ ),
- family income was lower than 4 minimum wages ( $\chi^2=12.736$ ,  $df=3$ ,  $p=0.005$ ),
- a diagnosis of F20-F29 (Fisher's exact test = 0.148),
- a diagnosis of F30-F39 ( $\chi^2=5.331$ ,  $df=1$ ,  $p=0.021$ ),
- present a diagnosis other than F40-F48 ( $\chi^2=3.389$ ,  $df=1$ ,  $p=0.066$ ),
- present a diagnosis other than F60-F69 ( $\chi^2=2.414$ ,  $df=1$ ,  $p=0.120$ ),
- referred to psychotherapy (not self-referred) ( $\chi^2=16.864$ ,  $df=6$ ,  $p=0.010$ ),
- consulting for depressive problems ( $\chi^2=10.824$ ,  $df=5$ ,  $p=0.055$ ),

- no history of previous psychotherapy ( $\chi^2=12.340$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ),
- previous psychiatric treatment ( $\chi^2=2.512$ ,  $df=1$ ,  $p=0.113$ ),
- use of psychotropic medication ( $\chi^2=2.044$ ,  $df=1$ ,  $p=0.153$ ),
- previous psychiatric hospitalization ( $\chi^2=3.479$ ,  $df=1$ ,  $p=0.062$ ).

Table 5 shows all continuous variables associated with non-concordance to initiate treatment in a bivariate analysis that entered the regression.

→ Insert Table 5 here.

The variables described in Table 6 comprised the final model. The “immature defenses”, “PSDI”, “a diagnosis of F40-F48”, “previous psychiatric treatment”, “neurotic defenses”, “paranoid ideation”, “hostility”, “somatization”, “Environmental domain”, “Psychological domain”, “use of psychotropic medication”, “anxiety”, “diagnosis of F60-F69”, “Social domain”, “diagnosis of F30-F39”, “Physical domain”, “GSI”, “PST”, “phobic anxiety”, “referred to psychotherapy”, “previous psychiatric hospitalization”, “psychoticism” and “depression” variables exited the model in this order. Therefore, the following were predictors of non-agreement to initiate psychodynamic psychotherapy during the initial evaluation stages: a low educational level, low family income, diagnosis of schizophrenia, schizotypal or delusional disorders, depressive problems and/or never participating in psychotherapy.

→ Insert Table 6.

## **Discussion**

In this study, the interviewers had a pattern for not indicating psychodynamic psychotherapy in the initial interview. The variables that were independently associated with treatment indication included education level, reason for consultation (somatic or attention problems) and symptom intensity.

Somatic and attention problems are complaints that are frequently associated with conditions that necessitate pharmacological treatment and are more frequently referred to physicians, psychiatrists or neurologists than psychotherapists. This referral process is a possible explanation for these problems being associated with a non-indication for psychotherapy. The motivation to initiate psychotherapy depends on the patient's psychological distress level; it appears reasonable that interviewers indicate psychodynamic psychotherapy for patients who perceive their symptoms as intense and therefore, show great motivation.

Patients provided various reasons for not initiating treatment, some of which (such as family problems, health problems or moving to another city) did not necessarily involve a non-agreement with the treatment modality. Nevertheless, most patients did not initiate treatment because of the characteristics of the interviewers, psychotherapists, clinic or treatment modality. Previously noted, psychodynamic psychotherapy is not suitable for every type of patient. Since the time when psychoanalysis was the predominant form of psychotherapy, modified psychoanalytic techniques and other methods and approaches have dominated the psychiatric treatment scene. Psychotherapists have selected patients for psychotherapy in a variety of manners from quick clinical presumptions to extensive long-lasting examinations and testing, and based on all types of grounds, from

idiosyncratic beliefs to formal theories or research data (Valbak, 2004). The selection of patients for different forms of psychotherapy remains a challenge, and the assessment of patient suitability is a difficult task in clinical practice. Therefore, the decision to forego treatment is not necessarily harmful to the patient, considering that the initial assessment of his/her suitability for this specific treatment was not always well performed. Furthermore, because psychotherapies can produce side effects (Berk & Parker, 2009), it is not necessarily inadvisable that some patients disagree with the initiation of such treatment.

The following comments will focus on raising possible methods to improve the initial evaluation of patients considered for psychodynamic psychotherapy and launching possible technical changes to increase treatment compliance for cases of correct indication. Education level, income, diagnosis (schizophrenia, schizotypal or delusional disorders), depressive problems and the absence of previous psychotherapy were factors independently associated with patients' non-agreement to initiate psychotherapy.

The inverse relationship between education level and patient withdrawal during the early stages of psychotherapy, as shown in this study, corroborates the results obtained by Wierzbicki and Pekarik (1993) in their meta-analysis 20 years ago. Higher levels of education appear to be related to more benefits in psychotherapy (Olfson, Marcus, Druss & Pincus, 2002), most likely because patients with higher education levels identify themselves more with their psychotherapists, professionals with high education levels (Garfield, 1986; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Furthermore, a low education level is related to expectations of fast and immediate psychotherapeutic effectiveness (Westmacott & Hunsley, 2010), thus leading to lower compliance. Specifically for psychodynamic psychotherapies, higher levels of

education may also predict the suitability for treatment because it is related to a greater capacity for mentalization, introspection and a capacity to grasp metaphoric concepts.

Regarding the patient's income, reviews performed in the 1970s and 80s (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1986) noted that the economic position of the patient was inversely related to treatment compliance. In these cases, the absence of resources to invest in long-term psychotherapy may be responsible for the lower compliance (Hauck et al., 2007; Wang, 2007). Difficulties in accessing the clinic (dependency on unsatisfactory or insufficient transportation), incomplete information regarding their health conditions (dependency on public services with long waiting lines) and the limited knowledge regarding the functioning of psychotherapy are common problems faced by patients with financial difficulties.

In this study, patients who had previously participated in psychotherapy agreed more often to initiate treatment than patients initiating psychotherapy for the first time. This result is in accordance with previous studies (Werner-Wilson & Winter, 2010). Previous experiences with psychotherapy most likely led to more realistic expectations regarding its functioning, thus decreasing frustration concerning the frequency of sessions, duration of treatments and expectations regarding the psychotherapist.

There is a possibility that psychodynamic psychotherapy should not be the primary choice of treatment for patients presenting a diagnosis of schizophrenia, schizotypal or delusional disorders, even when combined with psychotropic medication. This study contributes that patients with these diagnoses tended to disagree with the initiation of psychotherapy. According to Krarup (2008), there is evidence for the effect of cognitive behavioral psychotherapy in reducing persistent

positive symptoms, improving social functions, improving insight and reducing the time to remission. There is no evidence of any effect of psychodynamic psychotherapy on relapse rates, but the model is helpful for psychotherapists to obtain an empathic understanding of patients (Krarup, 2008). However, this perspective is not unanimous among clinicians (Valbak, Koster, Larsen, Nielsen & Norrie, 2003; Brenner & Volkan, 2004; Margison, 2005; Gibbs, 2007). The treatment for patients with psychotic spectrum disorders could combine individual psychodynamic psychotherapy, psychopharmacology, family approaches, intensive psychosocial engagement, and educational treatment (Rosenbaum et al., 2006; Tillman, 2008). Nevertheless, according to psychodynamic theory, psychotic patients resist initiating and sustaining any type of treatment because of their narcissistic relationships, primitive defense mechanisms, particularly splitting, and omnipotent denial (Murawiec & Zechowski, 2007).

In this study, depressive problems encompassed constant crying, an absence of appetite, difficulty in decision making, sleeping problems, low energy and sadness. These problems are difficult to tolerate, and some patients require immediate relief, whereas the nature of the psychodynamic approach tends to be exploratory, less directive and its visible results typically require many sessions. There is also the characteristic pessimism of patients presenting depressive problems in relation to initiating any task. Depressed patients may also only partially respond to treatment or prematurely withdraw (Taylor et al., 2012). Of those showing these sub-optimal therapeutic responses, Stimpson, Agrawal and Lewis (2002) estimated that a minimum of 30% of patients experience recurrent treatment failures. Some patients, perhaps following many failed attempts at treatment, may have withdrawn from all treatment endeavors. These patients feel they have exhausted all treatment

possibilities and become seriously neglected and deprived (Taylor et al., 2012). Accumulating evidence suggests that to be effective, treatments for these depressions must be more complex and longer than required for simpler disorders (Hollon & Ponniah, 2010). Because patients' outcome expectations play an important role in initial appointment attendance (Swift, Whipple & Sandberg, 2012), the desire for immediate relief should be explored in the early stages of psychodynamic psychotherapy.

One of the limitations of this study was that it focused nearly entirely on patient variables and failed to cover the characteristics of psychotherapists. The analytical field and therapeutic alliance established during the initial stages of psychotherapy play an important role in the concordance to remain in treatment (Piper et al., 1999; Barrett et al., 2008), but these roles were not focused on in the present research because they are previously well-established in the literature.

Nevertheless, the only variable related to the psychotherapist tested in the present study, training level, did not show any association with the patients' decision to initiate treatment. The literature is contradictory on the relationship between the experience of the psychotherapist and patients' compliance to treatment (Krauskopf, Baumoardner & Mandracchia, 1981; Jenkins, Fuqua, & Blum, 1986). In principle, it should be expected that the higher the training level, period of study and clinical experience of the psychotherapist, the higher the chance he/she will be qualified to perform a good evaluation and enable a good therapeutic alliance. However, other factors may compensate for the absence of experience, such as the possibility to supervise all cases and dedication to each specific case (because they have fewer patients). The enthusiasm of new psychotherapists, which Malan (1976) called "therapeutic *eros*", may play its role in this compensation.

Despite this study being based on a large sample of patients, the data were collected in only one clinic with particular features that limited the generalization of the results. Moreover, we decided to perform a naturalistic study based on the natural environment of psychotherapies and not one deliberately established for research. This methodological approach has the advantage to provide a less artificial portrait of the reality of psychodynamic psychotherapies, but has the methodological disadvantage of a loose control of the studied variables.

Notwithstanding these limitations, this study emphasizes the possible characteristics of patients who do not adhere to psychodynamic psychotherapy. These results must be tested in further studies, in other clinics and cultural contexts, to draw definitive conclusions regarding the complex phenomenon of indication and decisions to initiate psychotherapy.

## **Conclusions**

In this study, the following factors were associated with a non-indication for psychodynamic psychotherapy: consulting for somatic or attention problems, having a primary education as the highest education level and the patient's perception that his/her symptoms have little intensity. The following factors were associated with not initiating psychodynamic psychotherapy: the absence of higher education, a family income lower than 4 Brazilian minimum wages, diagnosis of schizophrenia, schizotypal or delusional disorders, consulting for depressive problems and/or never participating in psychotherapy.

Even if this study has analyzed patients during their evaluation period for psychotherapy, no patient referred for psychotherapy after the intake interview

received a contraindication for psychotherapy by his/her psychotherapist. Psychodynamic psychotherapists must consider the profile of patients who disagree with treatment initiation when indicating this psychotherapeutic modality and avoid treatment attempts that tend to fail. The psychodynamic technique adopted during the initial interviews must be improved to encompass the profile of probable non-concordant patients, or the criteria of indication and contraindication for psychodynamic psychotherapy must be reviewed and employed more rigorously by clinicians.

Some of the predictors of patients' early treatment interruptions observed in this study show inconsistency in the literature and must be better studied. However, other predictors have been associated with treatment dropout and non-adherence to psychotherapy in several studies, such as low income and low education (Baekeland & Lundwall, 1975; Wierzbicki & Pekarik, 1993; Garfield, 1994; Barrett et al., 2008; Swift & Greenberg, 2012). Psychotherapists that provide assistance to these cases must be aware that changes in standard psychodynamic techniques might be necessary for the success of these treatments, such as providing educational information about the patients' diagnosis, the employed technique of treatment and operationalization of psychotherapy (Walitzer, Dermen & Connors, 1999; Wang et al., 2000; Edlund et al., 2002; Beutler, Harwood, Alimohamed & Malik, 2002; Reis & Brown, 2006; Barrett et al., 2008), and the use of aspects of the motivational interview to help patients explore and resolve their ambivalent feelings regarding treatment (Miller & Rollnick, 1991; Swart et al., 2007; Edlis-Matityahou, 2010).

To provide assistance to the low income and education populations, it may not be sufficient to offer reduced fees; clinics must facilitate these patients' accesses to assistance by providing transportation and information regarding the disease and

treatment. For those patients who do not fulfill the indication criteria for classic or standard psychodynamic psychotherapy, it may be useful to include a period of pre-therapy in the initial interviews that develops the capability to achieve insight. Despite the inconsistency of the techniques used in this pre-therapy period and classical psychodynamic principles, the literature showed the potential benefit, for some patients, of using mixed techniques (Serralta, Pole, Nunes, Eizirik & Olsen, 2010).

Swift and Greenberg (2012) remember that a number of strategies for reducing premature discontinuation in psychotherapy have been identified, including discussing expectations regarding psychotherapy roles and behaviors, providing education regarding adequate treatment duration, addressing motivation, repairing alliance ruptures, using psychotherapist feedback, addressing client preferences, providing time-limited interventions, and increasing perspective convergence in the psychotherapy dyad.

Despite the complexity and difficulty of empirically assessing this topic, more research must be performed to understand the indication and contraindication criteria for psychodynamic psychotherapy used by clinicians. Only in this manner will we be able to understand the high dropout rates and non-adherence described in the literature, to increase the effectiveness of the services provided, and establish more efficient techniques to be used in the assessment period for psychodynamic psychotherapy.

## References

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181* (4), 246-56.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin, 82* (5), 738-783.
- Barrett, M.S., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, D.T., & Thompson, D. (2008) Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 45* (2), 247-267.
- Barros, A.J., & Hirakata, V.N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology, 3*, 21.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 787-794.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 145-170). New York: Oxford University Press.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M., & Manfro, G. (2004). [Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study]. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26* (4), 255-258.

- Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Manfro, G., & Bond, M. (2007). Brazilian–Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research, 17* (3), 261-270.
- Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., & Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry, 40* (3), 333-8.
- Brenner, I., & Volkan, V. (2004). Psychoanalytic treatments of schizophrenic patients (panel reports). *International Journal of Psychoanalysis, 85*, 1231–4.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Crown, S. (1983). Contraindications and dangers of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry, 143*, 436-41.
- De Jonge, A.L., Van, H.L., & Peen, J. (2013). [The role of patient characteristics in the selection of patients for psychodynamic psychotherapy]. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 55* (1), 35-44.
- Derogatis, L.R., & Savitz, K.L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In. M.E. Maruish (Ed.). *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dewald, P. (1964). *Psychotherapy: A dynamic approach*. New York: Basic Books.
- Edlis-Matityahou, M. (2010). *Predictions of premature termination within a University Counseling Center setting: An exploratory study using the Personality Assessment Inventory (PAI)*. PhD Thesis, University of Tennessee. Available at: [http://trace.tennessee.edu/utk\\_graddiss/794](http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/794)

- Edlund, M., Wang, P., Berglund, P., Katz, S., Lin, E., & Kessler, R. (2002). Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 845–851.
- Etchegoyen, R.H. (2010). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Revista de Saúde Pública*, *34*, 178-183.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy research: do we know what works for whom? *British Journal of Psychiatry*, *197* (2), 83-5.
- Gabbard, G. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4<sup>th</sup> ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In. A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> ed., pp.190-228). New York: Willey.
- Garfield, S. (1989) Giving up on child psychotherapy: Who drops out? Comment on Weisz, Weiss and Langmeyer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57* (1), 168-169.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In. A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp.190-228). New York: Willey.

- Gibbs, P.L. (2007). The primacy of psychoanalytic intervention in recovery from the psychoses and schizophrenias. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35 (2), 287-312.
- Hauck, S., Krueh, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Schestatsky, S., & Ceitlin, L.H.. (2007). [Factors related to early dropout in psychoanalytic psychotherapy]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 265-273.
- Hollon, S.D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*. 27 (10), 891–932.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Jenkins, S.J., Fuqua, D.R., & Blum, C.R. (1986). Factors related to duration of counseling in a university counseling center. *Psychological Reports*, 58, 467-472.
- Jung, S.I., Nunes, M.L., & Eizirik, C. (2006). [Assessment of psychoanalytic psychotherapy outcomes]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 184-196.
- Keidann, C.E., & Dal Zot, J.S. (2005). Avaliação. In: Eizirik CL, Schestatski SS, Aguiar RW. (Eds.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 193-205.
- Kernberg, O. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press.

- Krarp, G. (2008). [Psychotherapy for Schizophrenia]. *Ugeskrift for Laeger*, 170 (46), 3755-8.
- Krauskopf, C.I., Baumoardner, A., & Mandracchia, S. (1981). Return rate following intake revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 519-521.
- Laloni, D. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade*. PhD Thesis, Psychology, Postgraduate Program in Psychology and Phonoaudiology of the Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Available at: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=294](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294)
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.
- Linden, M. (2012). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Jan 18 (Ahead of print).
- Malan, D. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Margison, F. (2005). Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (11-12), 972-81.
- McNutt, L.A., Wu, C., Xue, X., & Hafner, J.P. (2003). Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 157, 940-3.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

- Murawiec, S., & Zechowski, C. (2007). [Schizophrenic patient's constant refusal of psychotropic medication--case report and psychodynamic remarks]. *Psychiatria Polska, 41* (4), 551-60.
- Olfson, M., Marcus, S., Druss, B., & Pincus, H.A. (2002). National Trends in the Use of Outpatient Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1914-1920.
- Pekarik, G. (1983). Follow-up adjustment of outpatient dropouts. *American Journal of Orthopsychiatry, 53*, 501-511.
- Philips, E.L. (1985). *Psychotherapy revised: new frontiers in research and practice*. Hillsdale: Erlbaum.
- Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., McCallu, M., Rosie, J.S., & O'Kelly, J.G. (1999). Prediction of dropping out in time-limited interpretative individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36* (2), 114-122.
- Reis, B.F., & Brown, L.G. (1999) Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36* (2), 123-136.
- Reis, B.F., & Brown, L.G. (2006) Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 311-316.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., Winther, G., Petersen, L., Jorgensen, P., Nordentoft, M., & Andreasen, A.H. (2006). Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry, 5* (2), 100-3.

- Rueve, M.E., & Correll, T.L. (2006). The art of psychotherapy – Selecting patients for psychodynamic psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 3 (11), 44-50.
- Schafer, J.L. (1997). *Analysis of Incomplete Multivariate Data*. London: Chapman & Hall.
- Schestatsky, S. (1989). Introdução ao planejamento em psicoterapia. In: Eizirik C, Aguiar R, Schesatsky S. (Eds.). *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 71-8.
- Serralta, F., Pole, N., Nunes, M.L., Eizirik, C., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20 (5), 654-575.
- Sparks, W.A., Daniels, J.A., & Johnson, E. (2003). Relationship of referral source, race, and wait time on preintake attrition. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 514-518.
- Stimpson, N., Agrawal, N., & Lewis, G. (2002). Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181 (4), 284–294.
- Swart, H.A., Zuckoff, A., Grote, N.K., Spielvogel, H.N., Bledsoe, S.E., & Shear, M.K. (2007). Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques of Motivational Interviewing and ethnographic interviewing to improve treatment participation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (4), 430-439.
- 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.

- Swift, J.K., Whipple, J., & Sandberg, P. (2012). A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. *Psychotherapy, 49* (4), 549-556.
- Taylor, D., Carlyle, J.A., McPherson, S., Rost, F., Thomas, R., & Fonagy, P. (2012). Tavistock Adult Depression Study (TADS): a randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant/treatment-refractory forms of depression. *BMC Psychiatry, 12* (1), 60. (Ahead of print).
- Tillman, J.G. (2008). A view from Riggs: treatment resistance and patient authority-IX. Integrative psychodynamic treatment of psychotic disorders. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 36* (4), 739-61.
- Truant, G.S. (1998). Assessment of suitability for psychotherapy. I. Introduction and the assessment process. *American Journal of Psychotherapy, 52* (4), 397-411.
- Valbak, K., Koster, A., Larsen, K.A., Nielsen, J.R., & Norrie, B. (2003). The Danish national multicenter schizophrenia project: assessment of psychotic patients for dynamic psychotherapy (APPP). *Nordic Journal of Psychiatry, 57* (5), 333-8.
- Valbak, K. (2004). Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 164–178.
- Walitzer, K.S., Dermen, K.H., & Connors, G.J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behavior Modification, 23*, 129-151.
- Wang, P.S., Gilman, S.E., Guardino, M., Christiana, J.M., Morselli, P.L., Mickelson, K., & Kessler, C: (2000). Initiation of and adherence to treatment for mental disorders: examination of patient advocate group members in 11 countries. *Medical Care, 38*, 926–936.
- Wang, J. (2007). Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. *Medical Care, 45*, 224–229.

- Watzke, B., Rüdgel, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B., & Schulz, H. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, *196*, 96–105.
- Werner-Wilson, R., & Winter, A. (2010). What Factors Influence Therapy Drop Out? *Contemporary Family Therapy*, *32*, 375–382.
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 1-13.
- Wierzbicki, M., Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 190-195.
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: World Health Organization.

Table 1: The Socio-Demographic Characteristics of the Sample

	n	%
<b>Sex</b>		
Male	184	33.0
Female	373	67.0
<b>Age</b>		
18 - 39 years	389	69.8
40 - 59 years	132	23.7
60 - 79 years	33	5.9
80 years old or more	3	0.5
<b>Education</b>		
Primary Education (Basic)	34	6.1
Secondary Education (High School)	168	30.2
Higher Education (College)	355	63.7
<b>Income<sup>a</sup></b>		
Up to 1 MW	56	10.1
From 1 to 3 MW	183	32.9
From 4 to 6 MW	178	32.0
7 or more MW	140	25.1

(The patient's records did not provide continuous information regarding Education and Income, only as categorical variables. / <sup>a</sup>Income was measured in minimum wages (MW). The minimum wage in Brazil is R\$678.00, which approximately corresponds to US\$340.00 per month.)

Table 2: The Clinical Characteristics of the Sample

	n	%
Diagnosis		
F00-F09	2	0.4
F10-F19	24	4.3
F20-F29	16	2.9
F30-F39	244	43.8
F40-F48	169	30.3
F50-F59	25	4.5
F60-F69	69	12.4
F70-F79	1	0.2
F90-F98	5	0.9
Environmental stressors without diagnosis	2	0.4
Source of referral		
Patient's own initiative	159	28.5
Medical specialties	132	23.7
Friend/Colleague	89	16.0
Family	84	15.1
Psychologist	49	8.8
School/University	15	2.7
Others <sup>a</sup>	29	5.2
Reason for consultation		
Depressive problems	247	44.3
Anxiety problems	162	29.1
Avoidant personality problems	53	9.5
Antisocial personality problems	53	9.5
Somatic problems	25	4.5
Attention deficit/hyperactivity problems	17	3.1
Previous treatments		
Psychotherapy	199	35.7
Psychiatric treatment	229	41.1
Psychiatric hospitalization	54	9.7
Use of psychotropic medication	275	49.4

(<sup>a</sup>In the "Others" category, we gathered sources of referral with fewer than five patients, such as a nutritionist, lawyer, speech and language therapist, etc.)

Table 3: The Results of the Poisson Regression in Non-Indications for Psychodynamic Psychotherapy

Variable	Relative Risk <sup>a</sup>	Confidence interval (95%)	Significance
Only Primary Education <sup>b</sup>	2.31	1.19 - 4.49	p=0.014
Somatic problems <sup>b</sup>	3.04	1.62 - 5.71	p=0.001
Attention problems <sup>b</sup>	2.46	1.14 - 5.25	p=0.021
Positive Symptom Distress Index <sup>b</sup>	0.64	0.44 - 0.94	p=0.021
Previous Psychiatric Treatment	1.97	0.98 - 3.98	p=0.058
Use of psychotropic medication	2.04	0.91 - 4.61	p=0.086

(<sup>a</sup>When  $RR < 1$ , the factor is protective for non-indication; when  $RR > 1$ , the factor is at risk for non-indication. / <sup>b</sup>Variables associated with an outcome of  $p \leq 0.05$ .)

Table 4: The Reasons Stated by Patients for not Initiating Treatment after Receiving an Indication for Psychodynamic Psychotherapy

	n	%
Did not attend the scheduled session and did not give any reason	72	36.2
Financial problems	34	17.1
Demotivation with treatment	21	10.6
Timetable incompatibility	17	8.5
Patient believes that the prescribed treatment is not necessary	15	7.5
Dissatisfaction with the service or rules of the institution	13	6.5
Change of city	8	4.0
Health problems	7	3.5
Family problems	7	3.5
Problems concerning the clinic location	4	2.0
Patient believes that they have previously achieved the treatment goals	1	0.5
Total	199	100

Table 5: The Results of the Bivariate Analysis for the Non-Agreement to initiate Psychotherapy - Continuous Variables<sup>a</sup>

Variable	Relative Risk <sup>c</sup>	Confidence Interval (95%)	Significance
Physical domain	0.996	-5.743 – 0.794	p=0.138
Psychological domain	0.996	-5.279 – 1.083	p=0.196
Social Relationships domain	0.996	-6.808 – 0.785	p=0.120
Environmental domain <sup>b</sup>	0.992	-5.781 – 0.317	p=0.029
Global Severity Index <sup>b</sup>	1.175	0.021 – 0.290	p=0.023
Positive Symptoms Total	1.005	-0.566 – 6.325	p=0.101
Positive Symptom Distress Index <sup>b</sup>	1.196	0.005 – 0.231	p=0.040
Somatization	1.104	-0.025 – 0.294	p=0.099
Obsessiveness/Compuls. <sup>b</sup>	1.142	0.037 – 0.383	p=0.018
Depression	1.077	-0.058 – 0.292	p=0.190
Anxiety	1.115	-0.008 – 0.319	p=0.063
Phobic Anxiety	1.084	U=28092.500, Z=-1.363	p=0.173
Hostility	1.077	-0.049 – 0.263	p=0.178
Paranoid Ideation <sup>b</sup>	1.143	0.033 – 0.364	p=0.019
Psychoticism <sup>b</sup>	1.211	0.066 – 0.343	p=0.004
Use of neurotic defenses	1.008	-0.387 – 3.239	p=0.123
Use of immature defenses <sup>b</sup>	1.005	0.445 – 9.280	p=0.031

(<sup>a</sup>This table only shows those variables associated with an outcome of  $p < 0.20$ . /

<sup>b</sup>Variables associated with the outcome of  $p \leq 0.05$ . / <sup>c</sup>When  $RR < 1$ , the factor is protective for non-agreement; when  $RR > 1$ , the factor is at risk for non-agreement.)

Table 6: The Results of the Poisson Regression for Non-Agreement to initiate Psychodynamic Psychotherapy

Variable	Relative Risk <sup>a</sup>	Confidence Interval (95%)	Significance
Without Higher Education <sup>b</sup>	1.29	1.03- 1.62	p=0.024
Family income lower than 4 MW <sup>b</sup>	1.26	0.99- 1.58	p=0.051
Diagnosis of F20-F29 <sup>b</sup>	1.52	1.05 - 2.19	p=0.027
Depressive problems <sup>b</sup>	1.25	1.01 - 1.55	p=0.042
Not having undergone previous psychotherapy <sup>b</sup>	1.53	1.19- 1.96	p=0.001
Obsessiveness/Compulsivity	1.11	0.99- 1.23	p=0.065

(<sup>a</sup>When RR<1, the factor is protective for non-agreement; when RR>1, the factor is at risk for non-agreement. / <sup>b</sup>Variables associated with an outcome of p≤0.05.)

## **Initial improvement in adult psychodynamic psychotherapy**

Marina Bento Gastaud, Carolina Stopinski Padoan, Cláudio Laks Eizirik

Submetido à revista *British Journal of Psychotherapy*.

**Abstract:** This study aimed to determine predictors of initial improvement regarding quality of life, symptoms, and defensive style of adult patients in psychodynamic psychotherapy. This is a naturalistic study conducted at a mental health outpatient clinic. Patients were assessed before starting psychotherapy and in the sixth month of treatment using the same instruments. Patients who were still in treatment at the sixth month of psychotherapy reported, in general, better quality of life, less symptoms, reduced severity of symptoms, and changes in some aspects of their defensive style. Those patients who sought treatment because of anxiety problems were associated with higher risk of no initial improvement. Although psychodynamic psychotherapy is a long-term treatment, patients show evidence of improvement since the beginning of the treatment. Follow-up studies of these patients are needed to monitor the process of improvement after this initial period.

**Keywords:** Psychotherapy; Outcome Assessment (Health Care); Mental Health.

## **Introduction**

The clinical practice of psychotherapy has been facing a challenge: the increasing demand for psychotherapy prompted by people's continuous mental suffering coupled with their high expectations in terms of emotional and professional life, whose main characteristics are competitiveness and haste. In addition, patients are increasingly concerned with the treatment duration and its high cost, which leads to high dropout rates. Thus, time structure of psychotherapy is important for clinical practice because of evident cost-effectiveness reasons (Gallas, Puschner, Kühn & Kordy, 2010).

Psychodynamic psychotherapy is known to be a long-term (emotional and financial) investment and this is one of the reasons given by some patients not to start psychotherapy. Patients believe that they will see benefits only at the end of the treatment; however, some effects may be perceived in its initial phase (Franke, Hoffmann & Frommer, 2005; Jung, Nunes & Eizirik, 2007) even though the treatment may last for many years (Leichsenring & Rabung, 2008; Knekt et al., 2008). Patients' anxiety to see therapy results should be taken into consideration when establishing the indication and contraindication criteria for psychodynamic psychotherapy, even if such rush may be a sign of the patient resistance to start treatment. In addition to indication and contraindication criteria, therapists may use empirical and theoretical data to identify and predict, during the initial interviews, which patients will obtain results during the first months of psychotherapy. This finding may help therapists to choose and indicate the best treatment for each patient.

Therefore, our objective was to determine predictors of initial improvement regarding quality of life, symptoms, and defensive style of adult patients in psychodynamic psychotherapy.

## **Method**

This is a longitudinal and naturalistic study conducted at an outpatient clinic of mental health located in Porto Alegre, southern Brazil (Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade) [Contemporary Institute of Psychoanalysis and Transdisciplinarity]. This outpatient clinic is integrated to a school of psychodynamic psychotherapy that provides training in psychotherapy. The psychodynamic psychotherapy course offered at the clinic is completed in three years. The clinic offers psychodynamic psychotherapy to the general population at fees lower than those usually charged in private practice; the treatments are open ended. In addition, the patient and the therapist jointly decide on the weekly frequency of the therapy in the beginning of the treatment. The session fees are set by the therapist along with the patient based on a minimum value determined by the clinic. A previous study confirmed the adherence to the psychodynamic technique in this outpatient clinic (Gastaud et al., 2012).

All patients aged 18 years or older who sought treatment between May 2009 and December 2010 and agreed to participate in the study providing a written informed consent were included. The present study is part of a research project on Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy and it was approved by the Research Ethics Committee of the City Health Department of Porto Alegre.

## Instruments

*Sociodemographic and clinical questionnaire* - data reported by the patients were collected from the baseline assessment instrument completed by the patients and from the notes taken by the professionals who perform the initial interviews.

*The World Health Organization Quality of Life - brief version* - we used this instrument developed by the World Health Organization (WHOQOL-Brief) to assess the quality of life of patients. This instrument consists of 26 questions divided into two general questions and 24 questions related to four domains: 1) physical health (evaluates the patients' perception of their physical conditions, such as pain, energy, and discomfort to carry out the activities of daily living); 2) psychological health (assesses the presence of positive and negative feelings about the subjects' life, thought, memory, concentration, and self-esteem); 3) social relationships (assesses the perception and satisfaction of patients' personal relationships, as well as their support network and sexual activity); and 4) environment (evaluates the individuals' concern with anything that involves their environment, such as home, financial resources, transportation, access to information necessary for their everyday lives and their health, and participation in leisure activities). The Portuguese version of the WHOQOL was developed at the WHOQOL Centre for Brazil (Fleck et al., 2000).

*Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* - we used the measures of assessment of symptoms provided by the SCL-90-R to measure the patients' type and severity of symptoms. This instrument comprises nine dimensions: Somatization, Obsession-Compulsion, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, and Psychoticism. It was developed by Derogatis and Savitz (Derogatis & Savitz 2000) and adapted and validated for the Brazilian population by Laloni (2001). The Global Severity Index (GSI) provided by the SCL-

90-R was used to measure the severity of the patients' symptoms. The GSI provides a measure for global severity in a scale from zero (low severity) to four (high severity). This instrument also provides the Positive Symptom Total (PST) - number of symptoms reported by patients out of 90 possibilities - and the Positive Symptom Distress Index (PSDI) - intensity of the patients' symptoms on a scale from zero (not at all severe) to four (very severe).

*Defense Style Questionnaire (DSQ-40)* - we assessed the patient's defensive style using a self-administered scale that checks the degree to which 20 defense mechanisms are present in the patients' defensive style. The scores of these mechanisms make it possible to classify the defenses used by the patients in three categories: mature (adaptive defenses involving an appropriate balance between keeping the idea and the affection in the mind while simultaneously reducing the conflict), neurotic (defenses that enable the formation of commitment, making individuals to be always involved with their personal concerns and insoluble problems), and immature (narcissistic defenses, which involve greater distortion of self-image or other people's image). This instrument was originally developed by Bond, Gardner, Christian, and Sigal (1983), being reorganized in the current format by Andrews, Singh, and Bond (1993) and translated and validated for the Brazilian population by Blaya et al. (2004).

### Definitions of terms

Data contained in patients' records were reported categorically, making it impossible for them to be analyzed continuously. Thus, for analysis purposes, data were dichotomized based on the categories that showed increased association with

the outcome, based on the distribution of the data, and on the basis of their clinical relevance.

*Income:* patients described their family income using categories of minimum wages (MW). For analysis purposes, a family income of seven Brazilian minimum wages was considered to differentiate the patients (lower or higher than 7 MW).

*Educational level:* defined based on the patient's report and grouped into two categories (with or without university degree).

*Source of referral:* defined based on the patient's answer to the question: "Who referred you to treatment?" and grouped into "self initiative" and "external referral".

*Therapist's educational level:* therapists working at the clinic may be interns, students of specialization course, or specialists who completed the course. For analysis purpose, therapists were grouped into two categories (specialists or non-specialists).

*Reason for seeking treatment:* defined according to the description provided by the patient to the professional who conducted the initial interview. Interviewers rated the patients' complaints based on the definitions proposed in the scales of internalizing, externalizing, neutral, and social behaviors of the ABCL - Adult Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001). The categories were as follows: 1) depressive problems (e.g.: cries, gets hurt, does not eat well, feels unappreciated, cannot make decisions, has sleep problems, low energy, sadness); 2) anxiety problems (e.g.: worries about the future, has fears, nervousness, palpitations); 3) somatic problems (e.g.: pain, dizziness, nausea, constipation); 4) avoidant personality problems (e.g.: prefers to be alone, shame, shyness, has no friends, little self-confidence); 5) attention deficit/hyperactivity problems (e.g.: forgetfulness, difficulty

concentrating, impulsivity, disorganization, restlessness, loses and forgets things); 6) antisocial personality problems (e.g.: constant fighting, ruins other people's belongings, breaks rules, lies, cheats, steals, fails to pay debts, promiscuity, gets involved in traffic accidents).

*Diagnosis:* we considered the initial diagnosis established by the interviewer using the International Classification of Diseases - 10th edition (ICD-10). For analysis purposes, we used the broad categories included in the chapter on mental and behavioral disorders (World Health Organization, 1992):

- F00-F09: Organic, including symptomatic, mental disorders
- F10-F19: Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use
- F20-F29: Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
- F30-F39: Mood [affective] disorders
- F40-F48: Neurotic, stress-related and somatoform disorders
- F50-F59: Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors
- F60-F69: Disorders of adult personality and behavior
- F70-F79: Mental retardation
- F80-F89: Disorders of psychological development
- F90-F98: Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence
- F99: Unspecified mental disorder.

*Initial improvement:* initial improvement in psychotherapy was defined as follows:

- Better quality of life (domains: Social Relationships and Psychological Health)
- Less symptoms (PST)

- Reduced severity of symptoms (GSI)
- Reduced use of immature defenses.

### Assessments

Upon their arrival at the outpatient clinic, patients underwent an initial interview (intake interview), during which they were invited to participate in the study and received instructions on how to complete the baseline assessment instrument. After this interview, those patients referred to psychotherapy were referred to their therapists. When the patients completed six months of psychotherapy, the research team asked the clinic receptionists to give the patients an envelope containing the same questionnaires used in the baseline assessment, along with a letter reminding them of the study and encouraging their participation. The patients were assured of their right to be informed about the results of their individual assessment. The therapists were assured that the study database did not identify the therapist in charge of the case and that the only information provided was the therapist's educational level at the time the patient began psychotherapy. In order to minimize the bias of patients' responses, patients were asked to return the envelopes to the receptionist (instead of returning them to the therapist). Next, the envelopes were delivered to the research team.

Such procedure was chosen with the purpose of causing minimal interference in the natural course of psychotherapy, so as to avoid direct contact between the patients and the members of the research team. Patients were instructed to complete the second assessment immediately after the psychotherapy session. Many patients did not have time to fill in the instrument at that time and were allowed to return the completed form in the next session. If the patient did not return the assessment

instrument in the next session, the research team contacted him/her and the therapist on the phone to remind them of the questionnaires.

### Data analysis

In order to compare the group that completed the second assessment with the group that did not complete it, we used the *t* test for independent samples to compare mean age and mean scores on the baseline assessment (measures were normally distributed). The chi-square test was used to compare the groups in terms of other sociodemographic and clinical variables (all of them were categorical variables).

With the purpose of comparing the patient's means in the baseline and second assessment, we used the *t* test for paired samples (measures were normally distributed). In order to adjust the differences between the means of the baseline assessment and the second assessment for the concomitant use of psychotropic medication, we calculated generalized estimating equations, with Bonferroni adjustment for multiple comparisons (Curtin & Schulz, 1998).

To distinguish between patients who showed improvement and those who did not, we performed cluster analysis using the Ward method based on the squared Euclidean distance (Ward, 1963). We used the chi-square test for categorical variables and the *t* test for independent samples for continuous variables to determine which variables differentiate the patients who improved from those who did not improve. P value less than or equal to 0.05 was considered significant. The statistical analysis was performed using the SPSS version 18.

## **Results**

Six hundred and thirty-eight patients sought treatment during the study period. Of the 557 patients who agreed to participate, 304 received psychodynamic psychotherapy after initial evaluation. Of these, 11 patients were discharged before completing six months of psychotherapy and 135 dropped out from treatment. Thus, of the 158 patients who remained on treatment at six months, 80 completed the second assessment and 78 returned inappropriately completed instruments or did not return the forms. Those who did not return the instruments claimed forgetfulness, lack of interest in participating in the study, or, more often, did not provide a reason for it.

We compared the patients who did not return the second assessment with those who returned adequately completed instruments in the second assessment. There was no difference between these two groups as to the results of the baseline assessment (Table 1). The comparison between these two groups in terms of sociodemographic and clinical characteristics are shown in Tables 2 and 3. The only variable showing a statistically significant difference between the groups was sex. Male patients were more prevalent in the group that did not complete the six-month assessment.

The differences in the quality of life, symptoms, and defensive style of the patients who completed the six-month assessment compared with their baseline assessment (before starting psychotherapy) are described in Table 4. We found significant improvement in all domains of quality of life, decrease in the number and severity of symptoms, and reduced intensity of all symptoms assessed (except for phobic anxiety) over the first six months of psychodynamic psychotherapy. There

was no statistically significant decrease in the use of immature defenses, but we found increased use of mature defenses and decreased use of neurotic defenses.

Of these 80 patients, 35 (41.2%) received medication during the first six months of psychotherapy (32 patients used antidepressants, 6 used anxiolytics, 10 used mood stabilizers, and 2 used antipsychotics, either alone or in combination). The use of concomitant psychotropic medication had a significant effect only on the different means of somatization ( $p = 0.001$ ), depression ( $p < 0.001$ ), and use of mature defenses ( $p < 0.001$ ). Those patients who used psychotropic medication while being treated with psychotherapy had worse baseline results (greater severity of somatization and depression, decreased use of mature defenses) than the patients who did not use psychotropic medication, showing more intense improvement. The mean differences between the baseline assessment and the second assessment for patients who only received psychotherapy (i.e., who did not use psychotropic medication) was no longer significant for somatization ( $p = 0.244$ ) and use of mature defenses ( $p = 0.248$ ), but it continued to be significant for depression ( $p = 0.026$ ).

A cluster analysis was performed using the five variables selected as outcomes to differentiate the patients who improved from those who did not improve. We observed the formation of two groups of patients in the present study. These patients were grouped as described in Table 5.

Group 2 met the five improvement criteria of our study, whereas Group 1 remained stable. Not all patients completed all questionnaires. The 72 patients who completed both assessments were included in the analysis. Of these, we found that 29 patients (40.28%) were allocated to the improvement group.

The groups did not show any statistically significant differences regarding the following factors:

- Sex ( $\chi^2=0.228/DF=1/p=0.633$ )
- Age (95% CI: -5.378 to 7.269/ $p=0.766$ )
- Income ( $\chi^2=0.004/DF=1/p=0.951$ )
- Educational level ( $\chi^2=0.173/DF=1/p=0.677$ )
- Diagnosis ( $\chi^2=11.592/DF=6/p=0.072$ )
- Source of referral ( $\chi^2=0.397/DF=1/p=0.529$ )
- Previous psychotherapy ( $\chi^2=0.002/DF=1/p=0.963$ )
- Previous psychiatric hospitalization ( $\chi^2=0.063/DF=1/p=0.802$ )
- Concomitant use of psychotropic medication ( $\chi^2=0.584/DF=1/p=0.445$ )
- Therapist's educational level ( $\chi^2=0.056/DF=1/p=0.813$ )

The reason for seeking treatment revealed differences in the two groups: patients who sought treatment because of anxiety problems were more likely to be allocated to the no improvement group ( $RR=1.61/\chi^2=5.562/DF=1/p=0.018$ ). Patients seeking psychodynamic psychotherapy because of anxiety problems showed no difference regarding concomitant use of psychotropic medication ( $\chi^2=0.212/DF=1/p=0.645$ ) in the allocation between the two outcome groups.

Therefore, we conclude that, among the variables analyzed during the initial interview, only the reason for seeking treatment (anxiety problems) demonstrated a significant difference between the improvement and no improvement groups.

## **Discussion**

Our study demonstrated that, after six months of psychodynamic psychotherapy, patients who were still in treatment showed, in general, significant

increase in their quality of life, reduction in the number and intensity of symptoms, increase in the use of mature defenses, and decrease in the use of neurotic defenses.

Even considering the total length of dynamic psychotherapies, measuring improvement rates is not an easy task. An attempt to calculate this rate was conducted by Franz et al. (2000), who investigated the self-report of patients who received psychodynamic psychotherapy while hospitalized. Fifty-five percent of patients said they improved considerably, while 22% reported no perceived change, and 6% said they were worse at the end of psychotherapy. The results are similar for short-term therapies. Analyzing the effect of brief psychodynamic psychotherapy (4 sessions) on a sample of 70 patients, Beretta et al. (2005) found that 33% of patients improved, showing a significant difference in the Global Severity Index. They also found that 60% of patients did not improve and 7% got worse after 4 sessions. Such results were maintained at 3 and 6 months of follow-up.

The design of our study does not allow establishing whether patients who did not improve would need more psychotherapy sessions to perceive improvement or whether they would not improve anyway. It is important to mention, however, that this does not necessarily mean that the treatment does not have any effects.

Freud (1914) stated that some patients may experience an initial deterioration in the beginning of the treatment:

"First and foremost, the initiation of the treatment in itself brings about a change in the patient's conscious attitude to his illness. He has usually been content with lamenting it, despising it as nonsensical and underestimating its importance; for the rest, he has extended to its manifestations the ostrich-like policy of repression which he adopted towards its origins. Thus it can happen that he does not properly know under what conditions his phobia breaks out or does not listen to the precise wording of his obsessional ideas or does not grasp the actual purpose of his obsessional impulse. The treatment, of course, is not helped by this. He must find the courage to direct his attention to the phenomena of his

illness. His illness itself must no longer seem to him contemptible, but must become an enemy worthy of his mettle, a piece of his personality, which has solid ground for its existence and out of which things of value for his future life have to be derived. The way is thus paved from the beginning for a reconciliation with the repressed material which is coming to expression in his symptoms, while at the same time place is found for a certain tolerance for the state of being ill. If this new attitude towards the illness intensifies the conflicts and brings to the fore symptoms which till then had been indistinct, one can easily console the patient by pointing out that these are only necessary and temporary aggravations and that one cannot overcome an enemy who is absent or not within range.." (Freud, 1958, pages 151-152).

Thus, it is worth debating to what extent the treatment of patients allocated to the no improvement group may be having an effect. Therefore, in psychodynamic psychotherapy (not only in psychoanalysis) there might be a period of initial "deterioration", which is required for the treatment of some patients. This does not necessarily mean that the patient is not benefiting from the intervention. It is also possible that controlling an emotional crisis is a valuable therapeutic gain. Those patients who do not show improvement but continue to be treated may be a type of patient whose gain consists in the control of the emotional deterioration. Psychiatric diseases become chronic over time. And, in some cases, the main objective of a psychodynamic treatment is to avoid that the patient gets worse. Furthermore, since our patients were followed up only in the initial stages of psychotherapy, it is possible that some patients need more time for a change to be noticed.

Although some results can be seen in the first months of psychotherapy, the literature suggests greater long-term effectiveness of longer treatments. For instance, when comparing brief psychoanalytic psychotherapy (5-6 months, once a week), brief psychotherapy focused on conflict resolution (8 months, 12 sessions), and long-term psychoanalytic psychotherapy (3 years, 2-3 times a week), Knekt et al. (2008)

evaluated 326 outpatients with mood disorders and anxiety disorders randomly allocated to these three groups. After three years of follow-up, the long-term psychoanalytic psychotherapy was more effective than the two models of brief psychotherapy. In 2008, another review of the literature on the effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy showed that, in agreement with the comparison of clinical trials published between 1960 and 2008, this treatment showed better results than the brief psychotherapies considering both the improvement of focal problems and the personality functioning as a whole (Leichsenring & Rabung, 2008).

Patients who sought treatment because of anxiety problems were more likely not to improve in the first six months of psychodynamic psychotherapy. It is possible that these patients need a preparatory period focused on the acquisition of an introspective ability before they can benefit from a psychodynamic intervention focused on insight. Ferro (2005) suggests that, in some psychodynamic treatments, the therapist need to work first to develop poor mental functions and only then try to deal with psychological contents that remain unsolved by the Self (such as anxiety); it is necessary to make room in the patient's mind so that he/she is capable of insight and transference. It is worth noting that, in our study, complaints of anxiety encompassed both patients with nervousness and palpitations and those who sought treatment for worrying about the future and being fearful (as recommended by Achenbach and Rescorla, 2001). The objective of a psychodynamic treatment is not to eliminate all types of anxiety, but rather invest in a psychism capable of dealing with its anxiety feelings and facing suffering (Bion, 1965). When patients are not able to control anxiety, they become terrified and helpless and their ability to think is blocked. Initially, the psychotherapist has to deal with a patient with impaired functioning, feeling unappreciated and depressed. This patient wants to see quick

results, and the therapist need to perform a thorough psychodynamic assessment, which is often time consuming, in order to find a breach in this terrifying environment through which the psychotherapeutic process can develop (Cassorla, 2005). Considering this dynamics, there may be technical peculiarities of the psychodynamic treatment of patients with anxiety that explain the slower perception of therapeutic results. It is also possible that these patients benefit more quickly from other psychotherapeutic techniques (supportive, cognitive-behavioral approaches) (Fonagy, 2005; Leichsenring et al., 2009); therefore, it is questionable whether the psychodynamic technique is the best option of treatment for these cases. These patients' anxiety may lead them to a desperate search for results and relief of symptoms. In this context, a treatment that requires the development of the ability to wait and think before any effects can be noticed may be distressing and produce even more anxiety.

Only one factor was able to differentiate the two groups regarding the characteristics available upon screening. According to our results, it is not possible to accurately predict which patient will respond rapidly to psychodynamic psychotherapy before starting the process. The classic Freudian analogy to the game of chess (Freud, 1913) seems applicable here: only the opening and closing moves of the game admit of exhaustive systematic description, whereas everything that happens between the opening and closing moves is uncertain. Furthermore, the initial improvement may depend on the field built by the patient-therapist dyad, rather than on individual characteristics of the patient and therapist.

The concept of the analytic field described by Baranger & Baranger in 1961 takes into account the relational environment that is established between patient and therapist. Such concept considers transference and countertransference aspects

originated from the basic unconscious fantasy, which is a creation of the field. Therefore, it is not a simple sum of contributions from the therapist and the patient, but a new structure with its own characteristics (Baranger & Baranger, 1961). The creation of the concept of analytic field extends and enhances the complexity of the therapist's work, since this new concept suggests that both subjectivities (the patient and the therapist's subjectivity) are equally important parts of the process, influencing each other and creating an intense emotional contact between patient and therapist, which not only changes but also defines the progress or stagnation of the analytic process.

Another possibility is that patient's variables that were not tested in our study (such as motivation for treatment), as well as therapist's variables (sex, age, ability, empathy capacity), and variables related to the therapeutic process (number of weekly sessions, number of absences) may play a role in the definition of the groups showing or not initial improvement. However, our objective was not to evaluate the therapeutic process, but try to identify predictive characteristics that can be helpful to the therapist in the initial interviews at the time of treatment indication.

Only those patients who used psychotropic medication while receiving psychotherapy showed statistically significant differences in somatization and use of mature defenses. The means of somatization and use of mature defenses among the patients who received only psychotherapy were not statistically significant. The patients who took psychotropic medication had worse baseline measures in these variables, which explains the larger difference between the means of the baseline and final assessment. As for depression, even though the use of psychotropic medication during psychotherapy had an influence in the improvement, the patients treated only with psychodynamic psychotherapy also improved. These results confirm the

indication of combined treatments (psychotherapy plus psychotropic medication) to obtain better results in some cases, especially when it comes to patients with severe symptoms of somatization and depression and with little use of mature defenses.

The main difficulty of our study was the sample loss during the investigation. Although the groups did not differ as to the baseline assessments and sociodemographic and clinical variables (except for sex), it is possible that the incidence of patients who improved was greater in the group who completed the assessment instrument. Those patients who were more attached to their therapists might have adhered more to the study. The association between improvement and therapeutic alliance is well documented in the literature (Horvath & Luborsky, 1993; Owen & Hilsenroth, 2011; Hersoug, Høglend, Gabbard & Lorentzen, 2012). However, we decided to conduct a naturalistic study, with minimal interference in the natural progress of psychotherapy. Thus, although the patients were asked to fill in the second assessments immediately after the session, almost all patients claimed they did not have time to do that at the clinic and asked to bring the envelope in the next session. Future research may try to reduce this bias by using a more direct approach to patients: using the session for completing the instruments, assessing patients at home, or developing questionnaires that can be completed on the phone.

Although the present study had a large sample of patients, data were collected in a single outpatient clinic, with unique characteristics, which hinders the generalization of the findings.

All these limitations are inherent to the naturalistic method, in which the study is conducted in the natural environment of psychotherapy, instead of being carried out in an environment specially created for investigation. Our study consists in an attempt to generate scientific evidence without necessarily manualizing and

ritualizing treatments (Wachtel, 2010). This study design has the advantage of enabling a less artificial picture of the psychodynamic psychotherapies, but it has the methodological disadvantage of not allowing for a strict control of the variables.

Nevertheless, our study brings important contributions to professionals who work with adult psychodynamic psychotherapy because it supports the idea that, although it is a long-term treatment, psychodynamic psychotherapy produces changes in the quality of life, symptoms, and some aspects of defensive style since the first months of treatment.

## **Conclusions**

Patients who were treated with psychodynamic psychotherapy reported, in general, better quality of life, less symptoms, reduced severity of symptoms, and change in some aspects of their defensive style during the first six months of treatment. Those patients who sought treatment because of anxiety problems were associated with higher risk of no improvement. Follow-up studies of these patients are needed to monitor the process of improvement after this initial period.

## References

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4), 246-56.
- Baranger, M., & Baranger, W. (1961). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4 (1), 3-54.
- Berretta, V., de Roten, Y., Drapeau, M., Kramer, U., Favre, N., & Despland, J.N. (2005). Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. *Psychology and Psychotherapy*, 78 (3), 347-62.
- Bion, W.R. (1965/1984). *Transformações: mudança do Aprendizado ao Crescimento*. [Transformations]. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M., & Manfro, G. (2004). Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 255-258.
- Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., & Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40 (3), 333-8.
- Cassorla, R. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente ansioso. In: C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Eds.). *Psicoterapia de orientação analítica – Fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 517-540). Porto Alegre: Artmed.
- Curtin, F., & Schulz, P. (1998). Multiple correlations and Bonferroni's correction. *Biological Psychiatry*, 44 (8), 775-7.
- Derogatis, L.R., & Savitz, K.L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In. M.E. Maruish (Ed.). *Handbook of psychological*

*assessment in primary care settings* (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ferro, A. (2005). *Fatores de doença e fatores de cura: a gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*. [Fattori di malattia, fattori di guarigione – Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica]. Rio de Janeiro: Imago.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-183.

Fonagy, P. (2005). Estudos sobre a efetividade das psicoterapias. In: C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Eds.). *Psicoterapia de orientação analítica – Fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 424-461). Porto Alegre: Artmed.

Franke, G.H., Hoffmann, T., & Frommer, J. (2005). [Does improvement of symptoms four weeks after the begin of psychodynamic inpatient psychotherapy correspond to long term outcome?]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51 (4), 360-72.

Franz, M., Janssen, P., Lense, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöoler, W., Hartkamp, N., Schneider, G., & Heuft, G. (2000). [On the effects of psychoanalytic oriented psychotherapy - an inpatient multicenter study]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46 (3), 242-258.

Freud, S. (1913/1958). On Beginning the Treatment (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis I). In J. Strachey (Ed.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works* (pp.121-144). London: Hogarth Press.

Freud, S. (1914/1958). Remembering, Repeating and Working-Through (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis II). In J. Strachey (Ed.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works* (p.145-56). London: Hogarth Press.

Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A., & Kordy, H. (2010). [Utilization of outpatient psychotherapy and its implications for service provision]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60 (1), 5-13.

Gastaud, M., da Costa, C., Padoan, C., Berger, D., D'Incao, D., Krieger, D., Lacerda, L., & Camozzato, M.A. (2012) [Adherence to technique in psychoanalytic psychotherapy: a preliminary study]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61 (3), 189-190.

Hersoug, A.G., Hoglend, P., Gabbard, G.O., & Lorentzen, S. (2012). The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Feb 1. [Ahead of print]

Horvath, A.O., & Luborsky, L.. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61, (4), 561-573.

Jung, S., Nunes, M.L., & Eizirik, C. (2007). [Assessment of psychoanalytic psychotherapy outcomes]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (2), 184-196.

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kairainen, M., Renlund, C.; Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.

Laloni, D. (2001). Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade (Doctoral dissertation). Retrieved from: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=294](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294)

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-68.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300 (13), 1551-1565.

Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rüger, U., Winkelbach, C., & Leibing, E. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166, 875–881.

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), 384-9.

Wachtel, P.L. (2010). Beyond “ESTs” - Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27 (3), 251-272.

Ward, J.H., Jr. (1963), Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. *Journal of the American Statistical Association*, 48, 236–244.

World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: World Health Organization.

Table 1: Differences in terms of means on baseline assessment between the group that did not return the second assessment and the group that completed the second assessment

	<b>Did not return the second assessment (n=78)</b>	<b>Completed the second assessment (n=80)</b>	<b>Difference between groups</b>
	<b>Mean (SD)</b>	<b>Mean (SD)</b>	<b><i>p</i> value*</b>
<b>Quality of Life</b>			
Physical Health Domain	54.89 (20.24)	56.09 (18.09)	0.695
Psychological Health Domain	47.29 (18.44)	46.41 (18.17)	0.763
Social Relationships Domain	50.33 (22.21)	47.15 (21.42)	0.366
Environment Domain	53.71 (16.35)	54.92 (14.56)	0.626
<b>Symptoms</b>			
GSI	1.27 (0.72)	1.26 (0.75)	0.965
PST	50.27 (19.59)	48.37 (19.39)	0.559
PSDI	2.15 (0.66)	2.15 (0.61)	0.991
Somatization	1.25 (0.91)	1.06 (0.94)	0.212
Obsession-compulsion	1.58 (0.98)	1.55 (0.96)	0.866
Interpersonal sensitivity	1.42 (0.89)	1.44 (0.88)	0.897
Depression	1.77 (1.04)	1.77 (0.87)	0.989
Anxiety	1.34 (0.96)	1.13 (0.97)	0.185
Hostility	1.13 (0.94)	1.34 (1.05)	0.199
Phobic Anxiety	0.77 (0.98)	0.53 (0.67)	0.093
Paranoid Ideation	1.08 (0.92)	1.19 (0.92)	0.477
Psychoticism	0.83 (0.74)	0.91 (0.75)	0.477
<b>Defensive Style</b>			
Mature factor	46.05 (12.78)	46.16 (12.63)	0.959
Neurotic factor	32.96 (10.69)	33.89 (8.74)	0.556
Immature factor	83.04 (23.95)	84.55 (22.62)	0.689

(\*T test for independent samples.)

Table 2: Differences in terms of sociodemographic variables between the group that did not return the second assessment and the group that completed the second assessment

	<b>Did not return the second assessment (n=78)</b>	<b>Completed the second assessment (n=80)</b>	<b>Difference between groups</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b><i>p</i> value*</b>
<b>Sex</b>			0.039
Male	27 (62.8%)	16 (37.2%)	
Female	51 (44.3%)	64 (55.7%)	
<b>Age</b>			0.447
Mean (SD)	33.79 (11.51)	35.33 (13.59)	
<b>Marital status</b>			0.835
Single	50 (50.5%)	49 (49.5%)	
Married/common-law marriage	20 (51.4%)	19 (48.6%)	
Separated/Divorced	7 (38.9%)	11 (61.1%)	
Widower/widow	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
<b>Household income</b>			0.280
Up to 1 MW	4 (50.0%)	4 (50.0%)	
2 to 3 MW	19 (46.3%)	22 (53.7%)	
4-6 MW	36 (60.0%)	24 (40.0%)	
7-10 MW	11 (39.3%)	17 (60.7%)	
10 MW or more	8 (38.1%)	13 (61.9%)	
<b>Educational level</b>			0.732
Primary Education	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
Secondary Education	22 (52.4%)	20 (47.6%)	
University	54 (47.8%)	59 (52.2%)	

(\*Chi-square test, except for age (t test).)

Table 3: Differences in terms of clinical variables between the group that did not return the second assessment and the group that completed the second assessment

	<b>Did not return the second assessment (n=78)</b>	<b>Completed the second assessment (n=80)</b>	<b>Difference between groups</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p value*</b>
<b>Diagnosis</b>			0.067
F10-F19	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
F20-F29	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
F30-F39	23 (35.4%)	42 (64.6%)	
F40-F48	37 (60.7%)	24 (39.3%)	
F50-F59	2 (50.0%)	2 (50.0%)	
F60-F69	12 (60.0%)	8 (40.0%)	
F90-F98	0 (0.0%)	2 (100.0%)	
<b>Source of referral</b>			0.901
External referral	48 (49.0%)	50 (51.0%)	
Self initiative	30 (50.0%)	30 (50.0%)	
<b>Reason for seeking treatment</b>			0.059
Depressive problems	25 (41.7%)	35 (58.3%)	
Anxiety problems	36 (64.3%)	20 (35.7%)	
Avoidant personality problems	9 (42.9%)	12 (57.1%)	
Somatic problems	4 (66.7%)	2 (33.3%)	
Antisocial personality problems	3 (25.0%)	9 (75.0%)	
Attention deficit/hyperactivity problems	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
<b>Previous psychotherapy</b>			0.522
No	42 (51.9%)	39 (48.1%)	
Yes	36 (46.8%)	41 (53.2%)	
<b>Previous use of psychotropic medication</b>			0.642
No	41 (47.7%)	45 (52.3%)	
Yes	37 (51.4%)	35 (48.6%)	
<b>Previous psychiatric hospitalization</b>			0.725
No	75 (49.7%)	76 (50.3%)	
Yes	3 (42.9%)	4 (57.1%)	
<b>Therapist's educational level</b>			0.979
Intern	7 (41.2%)	10 (58.8%)	
1st year of training course	18 (51.4%)	17 (48.6%)	
2nd year of training course	12 (52.2%)	11 (47.8%)	
3rd year of training course	13 (50.0%)	13 (50.0%)	
Specialist	28 (49.1%)	29 (50.9%)	

(\*Chi-square test)

Table 4: Differences in the means between the first and second assessments

	Mean at baseline assessment / A1 (SD)	Mean at second assessment / A2 (SD)	Mean difference between A1 and A2 (SE)	Confidence Interval (95%)	<i>p</i>
<b>Quality of Life</b>					
Physical Health Domain	56.09 (18.09)	66.41 (16.32)	10.32 (1.77)	6.81 to 13.84	0.000
Psychological Health Domain	46.41 (18.17)	56.99 (16.16)	10.58 (1.89)	6.82 to 14.37	0.000
Social Relationships Domain	47.15 (21.41)	56.91 (19.15)	9.77 (2.54)	4.72 to 14.81	0.000
Environment Domain	54.92 (14.56)	61.17 (12.71)	6.25 (1.26)	3.74 to 8.76	0.000
<b>Symptoms</b>					
GSI	1.26 (0.75)	0.95 (0.63)	-0.32 (0.08)	-0.47 to -0.17	0.000
PST	48.42 (19.43)	43.81 (20.51)	-4.62 (2.08)	-9.75 to -0.48	0.029
PSDI	2.15 (0.61)	1.81 (0.52)	-0.33 (0.07)	-0.46 to -0.22	0.000
Somatization	1.05 (0.93)	0.77 (0.69)	-0.28 (0.09)	-0.48 to -0.09	0.005
Obsession-compulsion	1.54 (0.97)	1.24 (0.87)	-0.31 (0.09)	-0.49 to -0.11	0.003
Interpersonal Sensitivity	1.44 (0.88)	1.14 (0.85)	-0.31 (0.09)	-0.48 to -0.13	0.001
Depression	1.77 (0.98)	1.31 (0.82)	-0.47 (0.11)	-0.68 to -0.26	0.000
Anxiety	1.13 (0.97)	0.77 (0.74)	-0.37 (0.09)	-0.57 to -0.18	0.000
Hostility	1.33 (1.05)	0.91 (0.79)	-0.43 (0.12)	-0.66 to -0.19	0.000
Phobic Anxiety*	0.54 (0.68)	0.43 (0.66)	-0.11 (0.08)	-0.25 to -0.05	0.170
Paranoid Ideation	1.21 (0.93)	0.98 (0.85)	-0.22 (0.09)	-0.41 to -0.03	0.025
Psychoticism	0.89 (0.74)	0.62 (0.69)	-0.28 (0.07)	-0.41 to -0.15	0.000
<b>Defensive Style</b>					
Mature defenses	46.41 (12.68)	50.73 (12.74)	4.32 (1.33)	1.67 to 6.98	0.002
Neurotic defenses	33.74 (8.78)	31.81 (8.98)	-1.93 (0.95)	-3.83 to -0.04	0.045
Immature defenses*	83.80 (22.42)	81.68 (21.70)	-2.12 (1.59)	-5.529 to 1.05	0.186

(A1 refers to the first assessment before the beginning of psychotherapy. A2 refers to the second assessment at six months of psychotherapy. /GSI: global severity index of symptoms; PST: Positive Symptom Total; PSDI: Positive Symptom Distress Index. / Means were compared using the t test for paired samples. / \* Variables that did not have statistically significant difference between A2 and A1.)

Table 5: Grouping by cluster analysis of the five outcomes considered as improvement\*

	Mean difference between A2 and A1 (SD)	
	Group 1 (n = 43)	Group 2 (n = 29)
<b>Social Relationships</b>	2.48 (15.65)	15.37 (16.93)
<b>Psychological Health</b>	3.79 (24.65)	22.61 (11.76)
<b>Positive Symptom Total</b>	4.33 (12.89)	-19.73 (14.11)
<b>Global Severity Index</b>	0.04 (0.41)	-0.86 (0.59)
<b>Immature Defenses</b>	3.45 (12.41)	-11.76 (9.06)

(\*Improvement: increased scores on the domains Social Relationships and Psychological Health of quality of life, reduced number of symptoms, decreased severity of symptoms, and reduced use of immature defenses./ Quality of life scores range between zero and 100, the PST scores range between zero and 90, the GSI scores range between zero and four, and the immature defenses range between two and 18.)

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação trouxe resultados relevantes para os clínicos e pesquisadores da área de psicoterapia psicanalítica ao encontrar que:

1) Há indicativos de que os terapeutas que atendem no local em que o estudo foi realizado aderem à técnica da psicoterapia psicanalítica.

2) Pacientes que buscam atendimento por queixas somáticas ou por queixas de atenção e com baixa escolaridade apresentaram menor probabilidade de receber indicação para psicoterapia psicanalítica; pacientes que percebem seus sintomas como muito intensos no momento da busca apresentaram maior probabilidade de receberem indicação para este tratamento.

3) Uma vez indicados para psicoterapia psicanalítica, há características em comum dentre os pacientes que não concordam em iniciá-la. Os preditores de não concordância em iniciar psicoterapia psicanalítica foram: baixa escolaridade, baixa renda familiar, diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizotípico ou delirante, queixas depressivas e/ou nunca ter feito psicoterapia antes da busca atual.

4) Pacientes que permaneciam em tratamento no sexto mês de psicoterapia psicanalítica e responderam aos instrumentos de avaliação relataram melhor qualidade de vida, menor número de sintomas, redução na intensidade dos sintomas presentes e mudanças em alguns aspectos do seu estilo defensivo.

5) Pacientes que buscaram tratamento por problemas de ansiedade apresentaram maior risco de não relatar melhora na qualidade de vida, sintomatologia e estilo defensivo nos seis primeiros meses de psicoterapia.

A interpretação destes achados precisa considerar algumas das limitações do estudo, apresentadas a seguir.

1) Optou-se por investigar estes fenômenos de forma naturalística, ou seja, a investigação foi conduzida no ambiente natural das psicoterapias, não em um ambiente criado deliberadamente para a pesquisa. Este desenho metodológico tem a vantagem de possibilitar um retrato menos artificial da realidade das psicoterapias psicanalíticas, mas apresenta a desvantagem de não possibilitar um rígido controle das variáveis em estudo.

2) Embora este estudo tenha contado com uma grande amostra de pacientes, os dados foram coletados em um único ambulatório, com características singulares, limitando a generalização dos achados.

3) Houve grande perda amostral ao longo da investigação. Dentre os pacientes que permaneciam em tratamento aos seis meses, muitos não preencheram a segunda avaliação. Embora o grupo que preencheu e o grupo que não preencheu não tenham diferido quanto às avaliações iniciais e às variáveis sócio-demográficas e clínicas (com exceção do sexo), é possível que a incidência de pacientes que melhoraram tenha sido maior no grupo que preencheu a avaliação. Há a possibilidade de que pacientes melhor vinculados a seus terapeutas tenham aderido mais à pesquisa.

4) Outra questão que merece discussão é a impossibilidade de afirmar que a melhora se deu em virtude da psicoterapia psicanalítica, já que os pacientes não foram comparados a um grupo controle. Os pacientes beneficiaram-se da ajuda que receberam, mas não é possível determinar se aspectos específicos da técnica psicanalítica exerceram influência maior do que aspectos inespecíficos, comuns a todas as modalidades terapêuticas. Entende-se, entretanto, que não era objetivo deste estudo fazer uma investigação sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica, e sim verificar qual o perfil de paciente que apresentava melhora logo nos seis primeiros

meses de tratamento, bastando para isso comparar dois grupos (melhora/não melhora) de pacientes recebendo esta intervenção.

5) Por fim, há limitações inerentes ao uso de instrumentos autoaplicáveis. Optou-se por este tipo de preenchimento tendo em vista o grande tamanho amostral (557 pacientes iniciaram o estudo) e a impossibilidade de os pacientes disporem de tempo para uma entrevista adicional com os pesquisadores depois de iniciada a psicoterapia. Ademais, os pesquisadores entenderam que a vantagem do estudo era pesquisar seu ambiente natural e a presença de um entrevistador externo à dupla terapêutica poderia interferir nos resultados tanto da pesquisa quanto da psicoterapia. Mesmo assim, a utilização de instrumentos que objetivam mensurar constructos inconscientes (como o DSQ-40, ao avaliar mecanismos de defesa) de forma auto-aplicável e auto-referida exige uma discussão parcimoniosa dos resultados.

Apesar das limitações apontadas, espera-se que este estudo tenha trazido contribuições para os profissionais que trabalham com psicoterapia psicanalítica de adultos, possibilitando as seguintes conclusões:

1) É possível aderir à técnica de psicoterapia psicanalítica em *settings* institucionais (não apenas em consultórios particulares) e o ensino da psicoterapia psicanalítica baseado no tripé (tratamento do terapeuta + supervisão + aprendizado teórico) parece suficiente para transmitir a técnica aos terapeutas.

2) Há indicativos de que os profissionais que fazem as triagens utilizam, implícita ou explicitamente, a escolaridade do paciente, o motivo de consulta e a intensidade dos sintomas referidos como critérios para indicar psicoterapia psicanalítica. É relevante questionar em que medida é possível determinar critérios de contra-indicação *a priori*, tendo em vista o entendimento atual sobre o papel exercido pelo campo analítico na obtenção de resultados terapêuticos. Estudos que

analisem a interação da dupla paciente-terapeuta, não apenas os fatores isolados de cada integrante, são imprescindíveis para a evolução desta discussão.

3) A relevância de indicar psicoterapia psicanalítica para o perfil de pacientes que não concorda em iniciar tratamento precisa ser repensada. É necessário rever a técnica empregada durante as avaliações iniciais para estes casos, pois resistências do paciente (frente à mudança e ao tratamento) e do terapeuta (preconceito quanto a tratar com psicoterapia psicanalítica determinados pacientes), bem como indicações incorretas de tratamento podem ter influência no fenômeno.

4) Apesar da psicoterapia psicanalítica ser um tratamento de longa duração, pacientes parecem demonstrar melhora em algumas medidas logo nos primeiros seis meses de atendimento.

A reprodução deste estudo em outros ambulatórios ou centros de atendimento semelhantes poderia contribuir significativamente para esta discussão, na medida em que proporcionaria aumento na capacidade de generalização dos dados ou seu entendimento como consequência específica do ambulatório em que foi realizado este estudo. Estudos de *follow-up* com maior tempo de seguimento dos pacientes também são necessários para monitorar o processo de melhora após este período inicial.

## POSFÁCIO

*“É do buscar e não do achar que nasce o que eu não conhecia”.*

Clarice Lispector

Além dos resultados propriamente ditos, a partir da sua realização, esta pesquisa trouxe benefícios para o ensino, o ambulatório e a cultura da instituição onde foi realizada. Mesmo assim, acredito ser fundamental encontrar um espaço nesta tese para discutir sobre as dificuldades de pesquisar em psicoterapia psicanalítica.

Como mencionado anteriormente, a metodologia empregada para dar suporte à pesquisa em psicoterapia psicanalítica muito evoluiu nas últimas décadas. A primeira geração (de 1917 aos anos 1960) caracterizou-se pela simples contagem estatística dos resultados dos tratamentos, de acordo com as patologias e com outras características específicas dos pacientes; a segunda geração (de 1950 até os anos 1980) empregou medidas específicas de melhora e utilizou escalas para avaliação antes e depois do tratamento, objetivando predizer resultados das intervenções; a terceira geração, contemporânea à segunda, pesquisou, além dos resultados (quantos melhoram?), o processo terapêutico (como melhoram? Por que melhoram?) e incluiu na sua metodologia o seguimento dos pacientes na fase de pós-tratamento; a quarta geração (de 1980 ao presente) envolve maior complexidade nas medidas de resultado e na avaliação da estrutura psicológica, na tentativa de associar mudanças estruturais ao processo terapêutico (WALLERSTEIN, 2007). Entretanto, outras dificuldades são encontradas por aqueles que a esta atividade se dedicam.

Quando iniciei o doutorado, dei início a uma empreitada inédita na instituição onde trabalho e onde esta investigação foi conduzida. Decidi, em conjunto com a direção, criar um Departamento de Pesquisa no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade que desse suporte a investigações empíricas no ambulatório. Era necessário desenvolver uma estrutura de acesso aos dados dos pacientes, de padronização dos preenchimentos dos formulários, de quantificação de algumas variáveis e de devolução deste material aos terapeutas e pacientes. Antes da criação deste departamento, era possível fazer apenas estudos retrospectivos utilizando os prontuários arquivados de pacientes do ambulatório. Este desenho retrospectivo foi útil para responder nossas questões de pesquisas anteriores (GASTAUD, NUNES, 2009; GASTAUD, MERG, 2009; GASTAUD, MERG, KRUSE, NUNES, 2009; GASTAUD, BASSO, SOARES, EIZIRIK, NUNES, 2011; DEAKIN, GASTAUD, NUNES, 2012; ALVES, MACHADO, NUNES, GASTAUD, no prelo), mas não era suficiente para sustentar estudos prospectivos mais ambiciosos.

Em um primeiro momento, a criação de um departamento de pesquisa, por onde passariam os dados de todos os atendimentos, fomentou uma atmosfera de desconfiança e rechaço nos terapeutas, a qual foi cuidadosamente transformada a partir de palestras sobre pesquisa em psicoterapia, da inclusão da disciplina de Metodologia Científica no programa de ensino e do permanente cuidado ético da equipe de pesquisa. A disponibilidade constante da equipe de pesquisa e sua persistência em difundir a importância da investigação empírica para os psicoterapeutas psicanalíticos foram fundamentais para mudar a cultura do local. Os pacientes pareciam se sentir cuidados com a introdução dos questionários nas

triagens do ambulatório e eles próprios foram aliados imprescindíveis para este movimento institucional.

Além do trabalho institucional, a equipe de pesquisa tinha de lidar constantemente com suas próprias ambivalências. Há, em alguma medida, uma sensação de futilidade que acompanha o pesquisador quantitativo que também se dedica à clínica psicanalítica (JIMÉNEZ, 2007), uma inquietação levantada por André Green ao afirmar que nenhuma pesquisa empírica jamais ajudou nenhum terapeuta a ajudar nenhum paciente. As ambivalências sempre foram bem-vindas na nossa equipe de pesquisa e até hoje debatemos o tema da cientificidade psicanalítica (se é mesmo necessária, se é alcançada através de métodos quantitativos, se deve seguir os protocolos de pesquisa da área da saúde, se possui outra epistemologia, etc), cada vez com mais maturidade e com menos certezas. Ótimo! Fica documentado aqui o meu desejo de que este clima questionador e controverso assim permaneça. “A incerteza é muito mais elegante do que a busca pela verdade” (GABBARD, 1997, p.29).

Por ter sido conduzida neste momento inicial de implementação científica na instituição, esta pesquisa também traz inúmeras limitações. Optamos por não adotar uma postura demasiadamente intervencionista com os pacientes, respeitando a alegação dos terapeutas de que o contato com a equipe de pesquisa interferiria na transferência estabelecida pelo paciente. Assim, a perda amostral ao longo da investigação acabou sendo maior do que o esperado. Sem dúvida, se a investigação fosse conduzida no momento atual do ambulatório, obteríamos maior adesão à pesquisa por parte dos pacientes e terapeutas.

Há ainda limitações metodológicas inerentes a estudos de seguimento, em que se comparam as medidas iniciais dos pacientes com suas medidas posteriores.

Embora a estatística nos ajude a estimar o efeito que o acaso pode exercer nas diferenças de medidas, fica a ressalva: até que ponto pode-se controlar o efeito que a vida exerce sobre os pacientes, independentemente da psicoterapia? Uma paciente deste estudo gentilmente nos forneceu pistas para este entendimento, ao anexar à sua segunda avaliação o seguinte bilhete:

“OBS: Gostaria de esclarecer que há mais ou menos um mês descobri que sou portadora de hepatite C crônica adquirida há 34 anos por ocasião de uma transfusão de sangue. Pelo fato de ter um bom conhecimento sobre o assunto e estar dependendo do SUS para fazer o tratamento, tenho uma certeza de morte que com certeza influenciou as respostas desta avaliação. Atenciosamente, L.A.R. “.

Se a vida poderia interferir negativamente entre duas medidas dos pacientes, independentemente do bom trabalho psicoterapêutico, o oposto também pode ser possível. Ou seja, uma frustração desta pesquisa é a de não poder atribuir com segurança à psicoterapia psicanalítica os resultados terapêuticos obtidos.

É evidente que a investigação a que me propus tem claras limitações. Entretanto, a batalha para que ela sequer pudesse ser levada a cabo foi vencida com tanta dificuldade que confesso sentir orgulho do movimento que iniciei na instituição, hoje contando com diversos adeptos. Parece ser este o destino do pesquisador em psicoterapia: quando se chega ao final da jornada, já se aprendeu tanto com os percalços enfrentados ao longo do caminho que, se tivesse a oportunidade de iniciar novamente, a pesquisa seria outra. Hoje em dia, o ambulatório conta com uma sistemática organizada de pesquisa e uma cultura de apoio à investigação quantitativa por parte de terapeutas e pacientes que facilita sua realização. Certamente a pesquisa, se iniciada hoje, seria totalmente diferente... Poderia dar-se ao luxo de contar com uma metodologia mais avançada e uma equipe

já treinada para contornar as limitações. Fica a ressalva do que poderia ter sido feito e o aprendizado árduo alcançado pela experiência de tentativa e erro. Como diz Nietzsche (1886/2005):

“-Péssimo! Sempre a velha história! Ao terminar a construção da casa, notamos que, sem nos dar conta, aprendemos, ao construí-la, algo que simplesmente *tínhamos* de saber antes de começar a construir. O eterno aborrecido “Tarde demais!”. – A melancolia de tudo terminado!...” (pág. 171).

Assim, embora os resultados da presente investigação por si só já justificassem esta caminhada, foi na busca por estes achados e nos quatro anos de construção desta pesquisa que o verdadeiro aprendizado se deu, pois fez nascer em mim, nos funcionários, nos pacientes e nos terapeutas que participaram da pesquisa algo que até então não conhecíamos.

## Referências

ALVES, C., MACHADO, C., NUNES, M.L., GASTAUD, M. Crianças atendidas por problemas de aprendizagem em psicoterapia psicanalítica. **Avances en Psicología Latinoamericana**, no prelo.

DEAKIN, E., GASTAUD, M., NUNES, M.L. Child Psychotherapy Drop Out: an Empirical Research Review. **Journal of Child Psychotherapy**, 38, 199-209, 2012.

GABBARD, G. Uma reconsideração da objetividade do analista. **Livro Anual de Psicanálise**, 13, 23-34, 1997.

LISPECTOR, C. **A paixão segundo G.H.**. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1964.

GASTAUD, M., BASSO, F., SOARES, J., EIZIRIK, C., NUNES, M.L. Preditores de não-aderência á psicoterapia psicanalítica de crianças. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 33, 109-115, 2011.

GASTAUD, M., MERG, M. Diferenças de Sexo e Idade na Psicoterapia de Crianças. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, 8, 88-96, 2009.

GASTAUD, M., MERG, M., KRUSE, L., NUNES, M.L. Psicoterapia Psicanalítica de Crianças Realizada em Instituição: Dados Empíricos. **Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade**, 8, 61-86, 2009.

GASTAUD, M., NUNES, M.L. Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 31, 13-23, 2009.

JIMÉNEZ, J.P. Can research influence clinical practice? **International Journal of Psychoanalysis**, 88, 661-79, 2007.

NIETZSCHE, F. **Além do bem e do mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

WALLERSTEIN, R. Pesquisa sobre resultado. In. Person E, Cooper A, Gabbard G (Orgs). **Compêndio de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

## ANEXOS

- A. Projeto de Pesquisa
- B. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- C. Fluxograma da amostra

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

**EFETIVIDADE DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA -  
PREDITORES DE MELHORA NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE  
ADULTOS**

**Marina Bento Gastaud**

Orientador: Prof. Dr. Claudio Laks Eizirik

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria como requisito parcial para ingresso no doutorado.

Porto Alegre, novembro de 2008.

**Resumo:** O objetivo deste estudo é verificar preditores de indicação/contraindicação, concordância/não concordância em iniciar tratamento e melhora/não melhora inicial na psicoterapia psicanalítica de adultos. Trata-se de uma coorte naturalística, realizada no ambulatório do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. Serão utilizados instrumentos auto-aplicáveis (WHOQOL-bref, SCL-90-R e DSQ-40) em 3 momentos do tratamento: 1) na triagem; 2) aos seis meses de tratamento; 3) aos 12 meses de tratamento. Os pacientes serão primeiramente classificados em: não indicação para psicoterapia psicanalítica, não concordância em iniciar tratamento, abandono nos primeiros seis meses, alta nos primeiros seis meses, melhora nos primeiros seis meses, não melhora nos primeiros seis meses. Em uma segunda análise, os pacientes que permaneciam em tratamento aos seis meses serão novamente classificados quanto ao seu desfecho no décimo segundo mês: abandono, alta, melhora e não melhora. Para os dois momentos do estudo (agrupamentos 1 e 2), os pacientes de cada grupo serão analisados quanto às características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade e renda) e clínicas (motivo de consulta, fonte de encaminhamento, diagnóstico, qualidade de vida inicial, sintomas apresentados na entrevista inicial, estilo defensivo inicial e realização de tratamentos combinados). A análise estatística será realizada no SPSS; para análise bivariada, serão utilizados os testes do qui-quadrado para os fatores categóricos e o teste t de Student para os fatores contínuos, supondo que amostra terá distribuição normal; para análise multivariada, será utilizada a regressão de Poisson. Os resultados serão divulgados à comunidade científica através de artigos publicados em revistas especializadas e à instituição em que será realizada a pesquisa através de relatório.

## **Introdução**

A efetividade da psicoterapia psicanalítica tem sido comprovada por diversos estudos nacionais (Jung, Fillippon, Nunes & Eizirik, 2006; Jung, Nunes & Eizirik, 2007; Knijnik, Kapczinski, Chachamovich, Margis & Eizirik, 2004; Rosenthal, 2008) e internacionais (Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, Krawietz, Langer et al., 2006; Freedman, Hoffenberg, Vorus & Frosch, 1999; Kächele, 1988; Kächele, 1998; Leichsenring, 2005; Rudolf, Manz & Ori, 1994), contribuindo para o desenvolvimento de *psicoterapias baseadas em evidência* (Parry, 2000).

Entretanto, sabe-se que a efetividade da psicoterapia psicanalítica depende do estabelecimento de critérios precisos de indicação e contra-indicação de tratamento. Quando comparadas pesquisas de efetividade utilizando psicoterapia psicanalítica e outras modalidades de tratamento (como a psicoterapia cognitivo-comportamental), percebe-se que determinados pacientes apresentam mais sucesso terapêutico quando tratados com uma determinada modalidade psicoterapêutica. Com base nesses indicadores de sucesso e fracasso terapêutico, Cordioli (1998) propõe que a psicanálise seria contra-indicada para psicóticos, pacientes com transtornos severos da personalidade, dependentes químicos, pacientes portadores de transtornos mentais orgânicos e deficientes mentais e seria menos efetiva e eficaz do que outras modalidades de tratamento para transtornos de humor e transtornos de ansiedade. A psicoterapia psicanalítica, para este autor, estaria contra-indicada para psicoses, transtornos de humor e de ansiedade e para pacientes com algum grau de retardo mental. Tais critérios são ainda mais numerosos para a psicoterapia breve dinâmica, para a qual o autor postula mais de 10 contra-indicações. A psicoterapia interpessoal não seria recomendada para pacientes com depressão psicótica; a terapia

comportamental seria menos eficaz para pacientes com níveis de ansiedade muito elevados, depressão severa, personalidade esquizóide, pacientes que não toleram aumento dos níveis de ansiedade e que fazem uso concomitante de benzodiazepínicos ou álcool. Por fim, o autor não propõe contra-indicações para a terapia cognitiva.

Assim, determinar critérios de indicação e contra-indicação para psicoterapia psicanalítica parece um ponto técnico crucial para a obtenção de sucesso terapêutico e elevação de seus índices de efetividade.

A tentativa de delimitar a efetividade da técnica psicanalítica teve início nos primórdios da psicanálise: em 12 de dezembro de 1904, Freud pronunciou uma conferência no Colégio Médico de Viena em que postulou que sua nova modalidade de tratamento estaria indicada para o que hoje chamamos de neuroses e contra-indicada para pacientes que não possuam certo grau de cultura e um caráter em alguma medida confiável (Freud, 1905). Nessa mesma conferência, Freud alertou que casos francos de psicose, perversão, adição e psicopatia são sempre difíceis de serem tratados com psicanálise, contra-indicando também casos agudos e emergências, mencionando especificamente a anorexia nervosa. Freud alicerçava seus critérios de indicação e contra-indicação tanto na enfermidade do sujeito (diagnóstico) quanto em fatores do próprio paciente e suas características de personalidade. Por isso, a idade do paciente também impunha limite à utilização da técnica psicanalítica, considerando que pessoas próximas aos 50 anos já carecem de suficiente plasticidade para obter benefício do método psicanalítico.

Crítérios de indicação e contra-indicação de psicanálise vêm mudando desde Freud. O estabelecimento de um limite de idade como indicação para psicanálise começou a ser revisto por autores clássicos como Abraham (1919) e Hanna Segal

(1958), os quais publicaram trabalhos comprovando a eficácia da psicanálise em pacientes com mais de 50 anos. Nacht e Lebovici (1958), por sua vez, aceitam o critério de idade proposto por Freud e estabelecem um limite ainda mais estreito para o paciente começar análise: 40 anos. Stone (1954) e Nacht e Lebovici (1958) sustentaram que a análise deve ser reservada a casos neuróticos graves, deixando transtornos neuróticos de gravidade mediana a cargo de métodos psicoterapêuticos breves e mais simples ou da farmacologia psiquiátrica. Zetzel (1964) propõe que mesmo dentro de um mesmo diagnóstico, critérios de indicação e contra-indicação da psicanálise variam dependendo da localização do paciente dentro do espectro diagnóstico. Para a autora, alguns tipos de histeria responderiam melhor à análise do que outros e o mesmo ocorreria com casos de neurose obsessiva.

Dentro da psicoterapia psicanalítica também há esse impasse e autores mais contemporâneos vêm dedicando-se a resolvê-lo. Keidann e Dal Zot (2005) enumeram as seguintes contra-indicações para psicoterapia psicanalítica: quadros psicóticos agudos, quadros depressivos graves com sérias tentativas de suicídio, alcoolismo crônico ou adição a drogas, quadros fóbicos causadores de incapacidade crônica, quadros de personalidade *borderline* com *actings* fortemente agressivos ou autodestrutivos, síndrome cerebral orgânica e deficiência mental, transtornos caracterológicos graves e transtornos de alimentação graves. As autoras não excluem a possibilidade de oferecer psicoterapia psicanalítica a esses quadros, desde que a mesma seja combinada com outros tratamentos, como terapias suportivas, comportamentais, uso de psicofármacos ou internação hospitalar. Zimmerman (2004), por sua vez, discute o uso do diagnóstico clínico como fator de indicação ou contra-indicação para psicoterapia e sustenta que este critério deve ser usado com certo relativismo, já que neuroses obsessivas podem apresentar piores prognósticos do que

reações esquizofrênicas agudas, dependendo do paciente. A contra-indicação mais indiscutível para psicanálise e psicoterapia de orientação analítica, segundo este autor, são casos que apresentam alguma degenerescência cerebral.

Assim, a literatura psicanalítica demonstra ambigüidade e contradição ao determinar critérios de indicação e contra-indicação de análise e psicoterapia psicanalítica, deixando uma lacuna que precisa ser preenchida a partir de dados empíricos e embasados na experiência, não na especulação teórica.

Fonagy (2005) revisou pesquisas de efetividade envolvendo diversas modalidades terapêuticas e comparou seus efeitos para as diferentes psicopatologias. Encontrou que a psicoterapia psicanalítica apresenta menor evidência de efetividade do que as demais psicoterapias em casos de esquizofrenia, transtorno bipolar em episódio maníaco e anorexia nervosa. Salienta, entretanto, que a ausência de evidência para tratamento psicanalítico não deveria ser confundida com evidência de ineficácia, apontando a necessidade de pesquisadores voltarem suas atenções a esse amplo foco de pesquisa.

O mito de que todos os pacientes podem ser tratados e curados pela psicoterapia parece estar associado a dificuldades e reservas de mercado de trabalho dos psicoterapeutas em geral, mas não pode mais ser sustentado hoje em dia. Os progressos da ciência, da psicofarmacologia e da pesquisa de resultados terapêuticos cada vez mais exigem dos psicoterapeutas refinamento nas avaliações e indicações terapêuticas (Keidann & Dal Zot, 2005). É responsabilidade do terapeuta indicar à pessoa que o procura a melhor técnica e a que pode trazer mais benefícios para o alívio de seu sofrimento. A avaliação individualizada de cada paciente faz-se mais do que nunca necessária e mostra-se como condição decisiva para o melhor aproveitamento da psicoterapia que se propõe realizar (Keidann & Dal Zot, 2005).

Pesquisas demonstram que o abandono de tratamento nas psicoterapias psicanalíticas mostra-se como um desfecho bastante prevalente nos tratamentos (Hauck, Kruehl, Sordi, Sbardellotto, Cervieri, Moschetti et al., 2007), preocupando psicoterapeutas de diversas escolas. Altos índices de abandono em psicoterapia explicam-se, possivelmente, pela falta de precisão das indicações para tratamento. Os critérios de indicação e contra-indicação precisam, então, se afastar da mera especulação e devem estar alicerçados em dados empíricos (testados e comprovados) e achados atualizados, tendo em vista que os critérios se modificam de tempos em tempos em virtude da modernização das técnicas terapêuticas.

#### **Objetivos Gerais:**

- 1) Estimar preditores de indicação/não indicação para tratamento na psicoterapia psicanalítica
- 2) Estimar preditores de concordância/não concordância em iniciar tratamento na psicoterapia psicanalítica.
- 3) Estimar preditores de melhora na psicoterapia psicanalítica de adultos.

#### **Objetivos Específicos:**

Verificar se há associação entre os desfechos e:

- 1) Sexo do paciente
- 2) Idade do paciente
- 3) Renda do paciente
- 4) Escolaridade do paciente
- 5) Motivo de consulta
- 6) Fonte de encaminhamento

- 7) Diagnóstico do paciente
- 8) Qualidade de vida do paciente
- 9) Sintomatologia do paciente
- 10) Estilo defensivo do paciente
- 11) Realização de tratamentos combinados
- 12) Grau de instrução do terapeuta.

## **Método**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo longitudinal (acompanha uma coorte de paciente ao longo de 12 meses, observando os mesmos sujeitos em 3 momentos diferentes) e naturalístico (realizado no campo natural das psicoterapias, não em um ambiente criado deliberadamente para a pesquisa, com controle dos terapeutas).

### **Local**

O estudo será realizado no ambulatório do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT). O CIPT é uma instituição de pós-graduação no ensino em psicoterapia psicanalítica, conveniada ao Anna Freud Centre, que forma especialistas em psicoterapia psicanalítica reconhecidos pelo Conselho Federal de Psicologia, pela Associação Brasileira de Ensino em Psicologia e pelo *World Council for Psychotherapy*. O curso de especialização em psicoterapia psicanalítica tem duração de 3 anos, durante os quais os alunos participam de sete seminários por semana e passam por 45 horas anuais de supervisão individual mais 45 horas anuais de supervisão em pequenos grupos. Para formar-se especialista, há a

necessidade de construir e supervisionar perfis metapsicológicos no modelo do Anna Freud Centre de três de seus pacientes, além de escrever e defender uma monografia que aborde um tema relevante dentro da teoria ou técnica psicanalítica. Os terapeutas passam, então, por uma formação rigorosa, garantindo alguma qualidade aos atendimentos.

A instituição conta com um ambulatório que atende a população de média renda por um valor mais acessível do que geralmente é cobrado em consultórios particulares. Os tratamentos realizados nesta instituição não têm prazo limite para o término (término aberto) e contam com a frequência semanal estipulada pelo paciente e pelo terapeuta no início do atendimento. Os honorários dos atendimentos são determinados pelo terapeuta em conjunto com seu paciente, a partir de um valor mínimo estipulado pela instituição.

## **Participantes**

Comporão a amostra todos os pacientes adultos que procurarem psicoterapia psicanalítica no CIPT entre Maio de 2009 e Dezembro de 2010 que concordarem em participar do estudo.

Partindo-se do princípio de que o Estatuto da Criança e do Adolescente (Art.2º, 1990) considera criança ou adolescente “a pessoa com até dezoito anos incompletos” (Estatuto da Criança e do Adolescente, 2000), será considerada adulta a pessoa com 18 anos ou mais.

O ambulatório do CIPT recebe, em média, 50 novos casos de pacientes adultos por mês. Há uma perda estimada em 30% de pacientes no primeiro mês, dado que vai ao encontro da literatura especializada sobre abandono de tratamento (Hauck et al., 2007). Assim, espera-se que em torno de 35 pacientes completem o primeiro

mês de atendimento. O estudo pesquisará pacientes adultos que procurarem psicoterapia psicanalítica no CIPT em um intervalo de 12 meses e que se mantenham em atendimento por pelo menos 1 mês, estimando-se, portanto, uma amostra de 420 pacientes.

### **Crítérios de inclusão**

Pacientes maiores de 17 anos, que iniciarem psicoterapia psicanalítica no CIPT entre Junho de 2009 e Junho de 2010 e que tenham preenchido adequadamente a avaliação inicial ao ingressar no ambulatório.

### **Crítérios de exclusão**

Pacientes que não assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Instrumentos**

Por se tratar de uma amostra composta por um número elevado de pacientes e visando interferir o mínimo possível no processo de tratamento dos pacientes (estudo naturalístico), optou-se pela utilização de instrumentos auto-aplicáveis.

Os dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes (sexo, idade, escolaridade, renda, fonte de encaminhamento) serão obtidos a partir da ficha de contato inicial que os pacientes preenchem ao ingressar na instituição. O motivo de consulta e o diagnóstico do paciente serão obtidos do registro realizado pelo triador ao final da primeira entrevista.

Para verificar a realização de tratamentos combinados, serão analisados os roteiros de avaliação do paciente, feitos pelos terapeutas, bem como as fichas de encaminhamentos preenchidas pelos terapeutas depois que a psicoterapia é iniciada.

Sabe-se que o sucesso ou fracasso terapêutico de determinados quadros clínicos depende da associação da psicoterapia com outras modalidades de tratamento, como tratamento farmacológico e psicoterapia de família (Fonagy, 2005). A presença ou ausência de tratamentos combinados pode ser determinante para a efetividade do tratamento psicoterapêutico.

Para avaliação da qualidade de vida, será utilizado o WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life – brief version*). Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a Qualidade de Vida e trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL-100. O WHOQOL-brief consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-brief cada faceta é avaliada por apenas uma questão. WHOQOL-brief é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

Para avaliação da sintomatologia apresentada pelo paciente será utilizado o SCL-90-R. O *Sympton Check-List-90-Revised* (SCL-90-R) é um inventário de sintomas psicológicos útil para avaliação inicial do paciente e mensuração do progresso do paciente ao longo do tratamento através do monitoramento da sintomatologia. Compreende 9 dimensões: 1)Somatização, 2)Obsessividade e Compulsão, 3)Sensibilidade Interpessoal, 4)Depressão, 5)Ansiedade, 6)Hostilidade,

7)Ansiedade Fóbica, 8)Ideação Paranóide e 9)Psicoticismo. Pode ser utilizado em indivíduos com mais de 12 anos de idade, que tenham completado pelo menos a sexta série do ensino fundamental. O inventário compreende 90 itens para serem pontuados em uma escala Likert de 5 pontos. O tempo médio de preenchimento do questionário é de 12-15 minutos. Foi adaptado e validado para a população brasileira por Laloni (2001). Para obtenção da gravidade da sintomatologia do paciente, será utilizado o resultado do Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) fornecido pelo SCL-90-R. O IDSP fornece uma medida para a intensidade dos sintomas apresentados pelo indivíduo em uma escala de zero (baixa gravidade) a quatro (alta gravidade).

*Defense Style Questionnaire (DSQ-40)* - Para a avaliação do estilo defensivo do paciente foi utilizada uma escala autoaplicável que verifica o grau em que 20 mecanismos de defesa estão presentes no estilo defensivo do paciente. A pontuação desses mecanismos possibilita a classificação das defesas utilizadas pelo paciente em três categorias: fator maduro (defesas consideradas adaptativas, pois envolvem um balanço adequado entre manter a idéia e o afeto na mente enquanto simultaneamente atenua-se o conflito), neurótico (defesas que permitem a formação de compromisso, fazendo com que o indivíduo pareça sempre às voltas com suas preocupações pessoais e problemas insolúveis) e imaturo (defesas narcísicas, as quais envolvem maior distorção na imagem de si mesmo ou dos outros). O instrumento foi traduzido e validado para a população brasileira por Blaya et al. (2004).

Os instrumentos utilizados, portanto, serão os seguintes:

- 1) Questionário sócio-demográfico

- 2) Roteiro de Avaliação Psicológica preenchido pelos terapeutas da instituição (no qual constam o diagnóstico e a presença de tratamentos combinados)
- 3) Fichas de evolução do paciente preenchidas mensalmente (nas quais constam os encaminhamentos para outras modalidades de tratamentos concomitantes)
- 4) WHOQOL – Brief
- 5) Sympton Check-List (SCL-90)
- 6) DSQ-40.

### **Avaliações**

A primeira avaliação será realizada quando o paciente entra na instituição e compreenderá: preenchimento pelo paciente de questionário sócio-demográfico e clínico, WHOQOL-Brief, SCL-90-R e DQ-40, preenchimento pelo terapeuta de formulário diagnóstico e impressões iniciais. Esses dados comporão a avaliação inicial do paciente (Avaliação 1).

Após seis meses de psicoterapia, os pacientes responderão novamente ao WHOQOL-Brief, SCL-90-R e DQ-40. Serão analisadas as fichas de evolução do paciente preenchidas pelo terapeuta a fim de constatar encaminhamentos para tratamentos concomitantes. Essa avaliação aos seis meses será considerada a Avaliação 2.

Após 12 meses de psicoterapia, os pacientes responderão ao WHOQOL-Brief, SCL-90-R e DQ-40. Serão analisadas novamente as fichas de evolução do paciente preenchidas pelo terapeuta a fim de constatar encaminhamentos para tratamentos concomitantes. Essa avaliação aos 12 meses será considerada a Avaliação 3.

## **Análise dos dados**

Os pacientes serão primeiramente classificados em: não indicação para psicoterapia psicanalítica, não concordância em iniciar tratamento, abandono nos primeiros seis meses, alta nos primeiros seis meses, melhora nos primeiros seis meses, não melhora nos primeiros seis meses.

Em uma segunda análise, os pacientes que permaneciam em tratamento aos seis meses serão novamente classificados quanto ao seu desfecho no décimo segundo mês: abandono, alta, melhora e não melhora.

Para os dois momentos do estudo (agrupamentos 1 e 2), os pacientes de cada grupo serão analisados quanto às características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade e renda) e clínicas (motivo de consulta, fonte de encaminhamento, diagnóstico, qualidade de vida inicial, sintomas apresentados na entrevista inicial, estilo defensivo inicial e realização de tratamentos combinados).

O grupo de melhora será formado por pacientes que apresentarem dois dos seguintes critérios:

- 1) Melhora estatisticamente significativa na Qualidade de Vida (aumento estatisticamente significativo na média de pelo menos um dos quatro domínios)
- 2) Diminuição estatisticamente significativa do número de sintomas apresentados (redução da pontuação no Total de Sintomas Positivos - TSP)
- 3) Diminuição estatisticamente significativa da gravidade da sintomatologia apresentada (redução da pontuação no Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos – IDSP)
- 4) Redução estatisticamente significativa do uso de defesas imaturas.

As informações relativas aos pacientes e aos atendimentos serão transpostas a um banco de dados construído no programa estatístico SPSS, versão 13. As análises dos dados serão realizadas através deste programa. Para análise bivariada, serão utilizados os testes do qui-quadrado para os fatores categóricos e o teste t de Student para os fatores contínuos, supondo que amostra terá distribuição normal; para análise multivariada, será utilizada a regressão de Poisson. Será considerada diferença estatisticamente significativa resultados com valor de  $p$  igual ou inferior a 0,05.

### **Aspectos éticos**

A fim de interferir o mínimo possível no processo terapêutico, os instrumentos serão entregues aos pacientes pelas secretárias do ambulatório em um envelope fechado. As secretárias informam aos pacientes a forma de preenchimento e a participação facultativa na pesquisa. Na triagem, os pacientes são instruídos a chegar 45 minutos antes do atendimento para o preenchimento de formulários. Os instrumentos serão respondidos neste momento, antes do atendimento. As avaliações 2 e 3 serão respondidas antes dos atendimentos agendados.

Os pacientes devolverão o mesmo envelope lacrado às secretárias, as quais repassarão à equipe de pesquisa. O sigilo das informações presentes nos questionários, então, estará garantido. Ao transportar as informações ao banco de dados, a identidade do paciente também estará protegida, pois será transportado apenas o número do prontuário.

O presente estudo será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa de um órgão vinculado à CONEP (CEP - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre). A realização da coleta de informações sobre os pacientes será realizada com

a concordância da instituição envolvida (que já aceitou o projeto de pesquisa *a priori*), preservando o sigilo dos pacientes e seus familiares.

Os resultados das avaliações respondidas pelos pacientes ficarão anexados aos seus prontuários e eles serão orientados pelas secretárias e pelos terapeutas a obterem as informações referentes às suas avaliações, se assim desejarem.

### **Formas de divulgação dos resultados**

Os resultados serão divulgados à comunidade científica através de artigos publicados em revistas especializadas e à instituição em que será realizada a pesquisa através de relatório.

### **Cronograma**

	2009		2010		2011		2012		2013	
Revisão da literatura	*	*	*	*	*	*	*			
Aprovação pelo CEP	*									
Avaliações 1	*	*	*	*						
Avaliações 2		*	*	*	*					
Avaliações 3			*	*	*	*				
Análise dos dados							*			
Redação dos resultados							*	*		
Defesa da tese									*	
Publicação dos resultados								*	*	*

## Orcamento

Itens a serem financiados (pela instituição responsável pela pesquisa)		Valor unitário R\$	Valor total R\$
Especificações	Quantidade		
Folhas	1000	0,03	30,00
Cartuchos tinta impressora	4	40,00	160,00
CDs	3	3,00	9,00
Livros	10	30,00	300,00
Cópia instrumentos (3 avaliações) – número de folhas	7.560	0,10	756,00
Artigos não disponíveis em acesso livre	20	8,00	160,00
Encadernações	5	4,00	20,00
Deslocamentos de bolsistas	80	2,10	168,00
<b>Valor Total</b>		<b>R\$ 1.603,00</b>	

## Referências

- Abraham, K. (1919) La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada. *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Paidós, 1959, cap. 16, pp. 238-42.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M., & Manfro, G. (2004). Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 255-258.
- Cordioli, A. (1998). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. (2000) Lei Federal 8.069. Promulgada em 13 de Julho de 1990. Porto Alegre: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.
- Etchegoyen, H. (2004) *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-183.
- Fonagy, P. (2005) Estudos sobre a efetividade das psicoterapias. Em Eizirik, C., Aguiar, R., & Schestatsky, S. (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Freedman, N., Hoffenberg, J.D., Vorus, N., & Frosch, A. (1999) The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: the role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 47, 741-72.
- Freud, S. (1905). Sobre a psicoterapia. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
- Gabbard, G. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.

Gastaud, M., & Nunes, M.L. (2008) Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Mestrado em Psicologia Clínica.

Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Obrebracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research, 16*, 470-485

Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Schestatsky, S., & Ceitlin L.H.. (2007) Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do RS, 29*), 265-273.

Jung, S.I., Fillippon, I., Nunes, M.L., & Eizirik, C. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*, 298-312.

Jung, S.I., Nunes, M.L., & Eizirik, C. (2007) Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*, 184-196.

Kächele, H. (1988) Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 69*, 65-73.

Kächele, H. (1998) Psychotherapy under evaluation. *Psychother Psychosom Med Psychol, 48*, p.77.

Keidann, C.E., & Dal Zot, J. (2005) Avaliação. Em Eizirik, C., Aguiar, R., & Schestatsky, S. (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed.

Knijnik, D., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margis, R., & Eizirik, C. (2004) Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*, 77-81.

- Laloni, D. (2001). Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Disponível on-line, no site: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=294](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294) (acessado em 12/09/2008)
- Leichsenring, F. (2005) Are psychodynamic and psycho analytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-68.
- Nacht, S., & Lebovici, S. (1958) Indicações y contraindicaciones del psicoanálisis en el adulto. *El psicoanálisis hoy*, 44-79.
- Parry G. (2000) Evidence based psychotherapy: special case or special pleading? *Evidence-Based Mental Health*, 3, 35-37.
- Rosenthal, R.J. Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, suppl.1, S41-S50.
- Rudolf, G., Manz, R., & Ori, C. (1994) Results of psychoanalytic therapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 25-40.
- Segal, H. (1958) Fear of death. Notes on the analysis of an old man. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 178-81.
- Stone, L. (1954) The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 567-94.
- Zetzel, E. (1964) The analytic situation. Em Litman, R. (Eds). *Psychoanalysis in the Americas*. Nova Iorque: International Universities Press, pp. 86-106.
- Zimmerman, D. (2004) *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.

## APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Maria Bento Gastaud  
**Registro do CEP:** 321 **Processo N°:** 001.067515.08.8  
**Instituição onde será desenvolvido:** Ambulatório Contemporâneo do Instituto de Psicanálise e Transdisciplinar  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

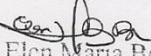
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.067515.08.8, referente ao projeto de pesquisa: “**Efetividade da Psicoterapia Psicanalítica**”, tendo como pesquisador responsável Maria Bento Gastaud cujo objetivo é “Estimar preditores de sucesso terapêutico na psicoterapia psicanalítica de adultos; Estimar preditores de fracasso terapêutico na psicoterapia psicanalítica de adultos; Específico: Verificar se há associação entre sucesso/fracasso terapêutico e sexo, idade, renda, escolaridade, diagnóstico, qualidade da sintomatologia, gravidade da sintomatologia apresentada e realização de tratamentos combinados”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

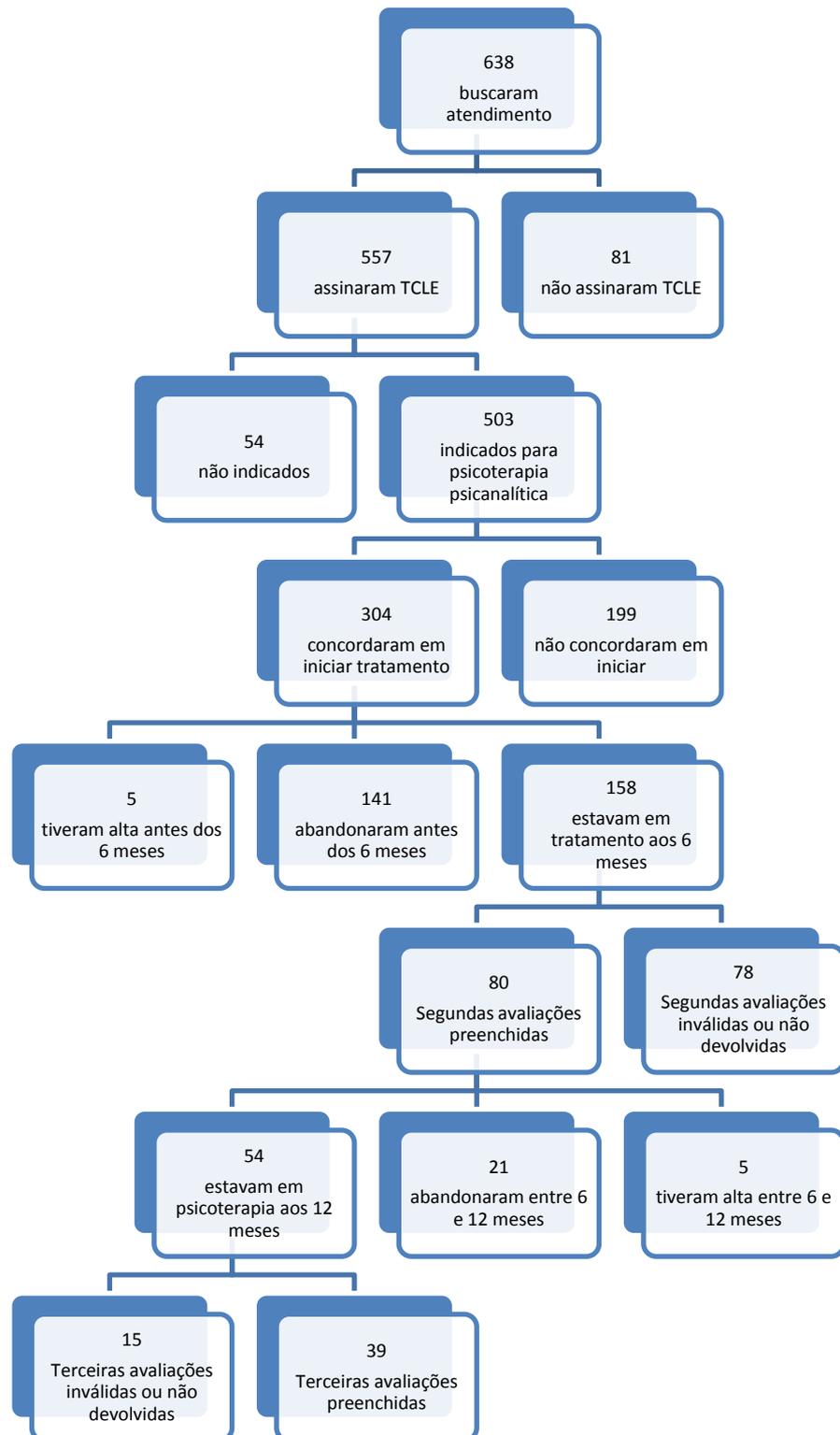
O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 06/05/09

  
Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP

## FLUXOGRAMA DA AMOSTRA



**OBS: Alguns pacientes não preencheram adequadamente a primeira avaliação, deixando algum questionário em branco. Determinados pacientes não preencheram a segunda avaliação, mas preencheram a terceira. Por isto, é necessário informar o número de pacientes com todas as avaliações completas e adequadamente preenchidas:**

- Pacientes com primeira e segunda avaliações completas = 72
- Pacientes com primeira, segunda e terceira avaliações completas = 33

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, K. La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada. **Psicoanálisis Clínico** (pp. 238-42). Buenos Aires: Paidós, 1959. (Originalmente publicado em 1919).

ACHENBACH, T.M., RESCORLA, L.A. **Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

ALMEIDA, E. **Criação e aplicação de instrumento para verificação de aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, 2010.

ALVES, C., MACHADO, C., NUNES, M.L., GASTAUD, M. Crianças atendidas por problemas de aprendizagem em psicoterapia psicanalítica. **Avances en Psicología Latinoamericana**, no prelo.

ANDREWS, G., SINGH, M., BOND, M. The Defense Style Questionnaire. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 181 (4), 246-56, 1993.

ARAÚJO, M., WIETHAEUPER, D. Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, 5 (1), 33-52, 2003.

BACHRACH, H.M, WEBER, J.J., SOLOMON, M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations). Report of

the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). **International Review of Psychoanalysis**, 12, 379-388, 1985.

BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. Dropping out of treatment: a critical review. **Psychological Bulletin**, 82 (5), 738-783, 1975.

BARANGER, M., BARANGER, W. La situación analítica como campo dinámico. **Revista Uruguaya de Psicoanálisis**, 4 (1), 3-54, 1961.

BARRET, M.S., CHUAW, J., CRISTS-CHRISTOPH, P., GIBBONS, M.B., THOMPSON, D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 45, 247 – 267, 2008.

BARROS, A.J., HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, 3, 21, 2003.

BATEMAN, A., FONAGY, P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. **American Journal of Psychiatry**, 156 (10), 1563–1569, 1999.

BATEMAN, A., FONAGY, P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. **American Journal of Psychiatry**, 158, 36-42, 2001.

BERETTA, V., DE ROTEN, Y., DRAPEAU, M., KRAMER, U., FAVRE, N., DESPLAND, J.N. Clinical significance and patients' perceived change in four

sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. **Psychology and Psychotherapy**, 78 (3), 347-62, 2005.

BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. 3ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BERGIN, A.E., GARFIELD, S.L. **Handbook of psychotherapy and behavior change**. Toronto: Wiley, 1994.

BERK, M., PARKER, G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 43, 787-794, 2009.

BEUTEL, M., HUBER, M. Functional Neuroimaging—Can It Contribute to Our Understanding of Processes of Change? **Neuropsychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences**, 10 (1), 5-16, 2008.

BEUTEL, M., RASTING, M., STUHR, U., RÜGER, B., LEUZINGER-BOHLEBER, M. Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic psychotherapies on health care utilization and costs. **Psychotherapy Research**, 14, 146-60, 2004.

BEUTEL, M., STERN, E., SILBERSWEIG, D. The Emerging Dialogue Between Psychoanalysis and Neuroscience: Neuroimaging Perspectives. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 51 (3), 773-81, 2003.

BEUTLER, L.E., HARWOOD, T.M., ALIMOHAMED, S., MALIK, M. Functional impairment and coping style. In J.C. Norcross (Ed.). **Psychotherapy relationships that work** (pp. 145-170). New York: Oxford University Press, 2002.

BION, W.R. **Aprender com a experiência**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1966.  
(Originalmente publicado em 1962).

BION, W.R. **Conversando com Bion**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

BION, W.R. **Elementos de psicanálise** (Cap. XIII). Rio de Janeiro: Imago, 2004.  
(Originalmente publicado em 1963).

BION, W.R. **Transformações: mudança do aprendizado ao crescimento** (Cap. I).  
Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984. (Originalmente publicado em 1965).

BLAYA, C., KIPPER, L., HELDT, E., ISOLAN, L., CEITLIN, L.H., BOND, M.,  
MANFRO, G. [Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire  
(DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study]. **Revista  
Brasileira de Psiquiatria**, 26 (4), 255-258, 2004.

BLAYA, C., DORNELLES, M., BLAYA, R., KIPPER, L., HELDT, E., ISOLAN,  
L., MANFRO, G., BOND, M. Brazilian-Portuguese version of defensive style  
questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study.  
**Psychotherapy Research**, 17 (3), 261-270, 2007.

BOND, M., GARDNER, S.T., CHRISTIAN, J., SIGAL, J.J Empirical study of self-  
rated defense styles. **Archives of General Psychiatry**, 40 (3), 333-8, 1983.

BOND, M., PERRY, C. Long term changes in defense style with psychodynamic  
psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. **American Journal  
of Psychiatry**, 161, 1665-71, 2004.

BRAIER, E.A. **Psicoterapia breve de orientação analítica**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRENNER, I., VOLKAN, V. Psychoanalytic treatments of schizophrenic patients (panel reports). **International Journal of Psychoanalysis**, 85, 1231-4, 2004.

BURNAND, Y., ANDREOLI, A., KOLATTE, E., VENTURINI, A., ROSSET, N. Psychodynamic Psychotherapy and Clomipramine in the Treatment of Major Depression. **Psychiatric Services**, 53 (5), 585-590, 2002.

BYRT, T., BISHOP, J., CARLIN, J.B. Bias, prevalence and kappa. **Journal of Clinical Epidemiology**, 46 (5), 423-429, 1993.

CASSROLA, R. Abordagem psicodinâmica do paciente ansioso. In: C. Eizirik, R. Aguiar, S. Schestatsky (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica – Fundamentos teóricos e clínicos** (pp. 517-540). Porto Alegre: Artmed, 2005.

CIERPKA, M., GRANDE, T., RUDOLF, G., VON DER TANN, M. STASCH, M. The operationalized psychodynamic diagnostics system: Clinical relevance, reliability and validity. **Psychopathology**, 40(4), 209-20, 2007.

CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E., KERNBERG, O.F. **Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006.

CORDIOLI, A. (1998). **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed.

CRITS-CRISTOPH, P., SIQUELAND, L., BLAINE, J., FRANK, A., LUBORSKY, L., ONKEN, L.S., MUENZ, L.R., THASE, M.E., WEISS, R.D., GASLFRIEND,

D.R., WOODY, G.E., BARBER, J.P., BUTLER, S.F., DALEY, D., SALLOUM, I., BISHOP, S., NAJAVITS, L.M., LIS, J., MERCER, D., GRIFFIN, M.L., MORAS, K., BECK, A.T. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. **Archives of General Psychiatry**, 56, 493-502, 1999.

CROWN, S. Contraindications and dangers of psychotherapy. **British Journal of Psychiatry**, 143, 436-41, 1983.

CURTIN, F., SCHULZ, P. Multiple correlations and Bonferroni's correction. **Biological Psychiatry**, 44 (8), 775-777, 1998.

DE JONGE, A.L., VAN, H.L., PEEN, J. [The role of patient characteristics in the selection of patients for psychodynamic psychotherapy]. **Tijdschrift voor Psychiatrie**, 55 (1), 35-44, 2013.

DEAKIN, E., GASTAUD, M., NUNES, M.L. Child Psychotherapy Drop Out: an Empirical Research Review. **Journal of Child Psychotherapy**, 38, 199-209, 2012.

DELEUZE, G. (2002). **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Editora Escuta. (Originalmente publicado em 1970).

DENKER, R. Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner: a follow-up study of 500 cases. **New York State Journal of Medicine**, 46, 2164-6, 1946.

DEROGATIS, L.R., SAVITZ, K.L. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In. M.E. Maruish (Ed.). **Handbook of**

**psychological assessment in primary care settings** (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.

DEWALD, P. **Psychotherapy: A dynamic approach**. New York: Basic Book; 1964.

DEWALD, P. Indicações para psicoterapia. **Psicoterapia: Uma abordagem dinâmica** (pp.133-161). Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

EDLIS-MATITYAHOU, M. **Predictions of premature termination within a University Counseling Center setting: An exploratory study using the Personality Assessment Inventory (PAI)**. PhD Thesis, University of Tennessee, 2010. Available at: [http://trace.tennessee.edu/utk\\_graddiss/794](http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/794)

EDLUND, M., WANG, P., BERGLUND, P., KATZ, S., LIN, E., KESSLER, R. Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. **American Journal of Psychiatry**, 159, 845–851, 2002.

EIZIRIK, C.L., HAUCK, S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In. A.V. Cordioli (Org.). **Psicoterapias: Abordagens atuais** (pp.151-166). 3ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Lei Federal 8.069**. Promulgada em 13 de Julho de 1990. Porto Alegre: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2000.

ETCHEGOYEN, H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ETCHEGOYEN, R.H. **Los fundamentos de la técnica psicoanalítica**. Buenos Aires: Amorrortu, 2010 .

EYSENCK, H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation. **Journal of Consulting Psychology**, 16, 319-24, 1952.

FENICHEL, O. Terapia y profilaxis de las neurosis. In: Fenichel, O. **Teoría Psicoanalítica de las Neurosis** (Cap. XXIII). Buenos Aires: Editorial Paidós, 1966. (Originalmente publicado em 1934).

FERRO, A. (2005). **Fatores de doença e fatores de cura: a gênese do sofrimento e da cura psicanalítica**. [Fattori di malattia, fattori di guarigione – Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica]. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

FIGUEIREDO, L.C. Presença, Implicação e Reserva. In: L.C. Figueiredo & N. Coelho Júnior (Orgs.). **Ética e técnica em Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000.

FLECK, M.P.A., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, 34, 178-183, 2000.

FONAGY, P. Estudos sobre a efetividade das psicoterapias. In. C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica – Fundamentos teóricos e clínicos** (pp. 424-461). Porto Alegre: Artmed, 2005.

FONAGY, P. Psychotherapy research: do we know what works for whom? **British Journal of Psychiatry**, 197 (2), 83-85, 2010.

FONAGY, P., JONES, E.E., KÄCHELE, H., KRAUSE, R., CLARKIN, J., PERRON, R., GERBER, A., ALLISON, E. An open door review of outcome studies in psychoanalysis, 2nd ed. London: International Psychoanalytical Association; 2001.

FRANKE, G.H., HOFFMANN, T., FROMMER, J. [Does improvement of symptoms four weeks after the begin of psychodynamic inpatient psychotherapy correspond to long term outcome?]. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, 51 (4), 360-72, 2005.

FRANZ, M., JANSSEN, P., LENSCHKE, H., SCHMIDTKE, V., TETZLAFF, M., MARTIN, K., WÖLLER, W., HARTKAMP, N., SCHNEIDER, G., HEUFT, G. (2000). [On the effects of psychoanalytic oriented psychotherapy - an inpatient multicenter study]. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, 46 (3), 242-258, 2000.

FREEDMAN, N., HOFFENBERG, J.D., VORUS, N., FROSCHE, A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: the role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. **Journal of American Psychoanalytical Association**, 47, 741-72, 1999.

FREUD, S. Sobre a psicoterapia. In J. Strachey (Ed.). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Originalmente publicado em 1905).

FREUD, S. On Beginning the Treatment (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis I). In J. Strachey (Ed.). **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud** (Volume XII, 1911-1913: The

Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, pp.121-144). London: Hogarth Press, 1958. (Originally published at 1913).

FREUD, S. Remembering, Repeating and Working-Through (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis II). In J. Strachey (Ed.). **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud** (Volume XII, 1911-1913: The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, pp.145-56). London: Hogarth Press, 1958. (Originally published at 1914).

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In. J. Strachey (Ed.). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Originalmente publicado em 1919).

FREUD, S. Novas conferências introdutórias à psicanálise. Conferência XXXI: a dissecação da personalidade psíquica. In. J. Strachey (Ed.). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Originalmente publicado em 1933).

FREUD,S. Análise terminável e interminável. In. J. Strachey (Ed.). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Originalmente publicado em 1937).

GABBARD, G.O. Uma reconsideração da objetividade do analista. **Livro Anual de Psicanálise**, 13, 23-34, 1997.

GABBARD, G.O. **Psiquiatria Psicodinâmica – Na prática clínica**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GABBARD, G.O. **Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GABBARD, G.O. Tratamentos em psiquiatria dinâmica. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica** (pp. 79-102). 4ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALLAS, C., PUSCHNER, B., KÜHN, A., KORDY, H. [Utilization of outpatient psychotherapy and its implications for service provision]. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**, 60 (1), 5-13, 2010.

GARFIELD, S. Giving up on child psychotherapy: Who drops out? Comment on Weisz, Weiss and Langmeyer. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57 (1), 168-169, 1989.

GARFIELD, S.L. Research on client variables in psychotherapy. In. A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.). **Handbook of psychotherapy and behavior change** (pp.190-228). 3<sup>rd</sup>. Edition. New York: Willey, 1986.

GARFIELD, S.L. Research on client variables in psychotherapy. In. A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.). **Handbook of psychotherapy and behavior change** (pp.190-228). 4<sup>th</sup>. Edition. New York: Willey, 1994.

GASTAUD, M. **Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Mestrado em Psicologia Clínica, 2008.

GASTAUD, M., BASSO, F., SOARES, J., EIZIRIK, C., NUNES, M.L. Preditores de não-aderência á psicoterapia psicanalítica de crianças. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 33, 109-115, 2011.

GASTAUD, M., DA COSTA, C., PADOAN, C., BERGER, D., D'INCAO, D., KRIEGER, D., LACERDA, L., CAMOZZATO, M.A. [Adherence to technique in psychoanalytic psychotherapy: a preliminary study]. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 61 (3), 189-190, 2012 .

GASTAUD, M., MERG, M. Diferenças de Sexo e Idade na Psicoterapia de Crianças. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, 8, 88-96, 2009.

GASTAUD, M., MERG, M., KRUSE, L., NUNES, M.L. Psicoterapia Psicanalítica de Crianças Realizada em Instituição: Dados Empíricos. **Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade**, 8, 61-86, 2009.

GASTAUD, M., NUNES, M.L. Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 31, 13-23, 2009.

GASTAUD, M., SALVADOR, J., PETTENON, M.I., PEDROSO, R., ANDREAZZA, T., VAZ, V., EIZIRIK, C., CERESÉR, K., DA ROCHA, N. Psychotherapy Clinical trials published in Brazilian journals: a qualitative systematic review of the literature. **The International Journal of Person Centered Medicine**, 1 (4), 726-732, 2011.

GASTON, L., MARMAR, C. The California Psychotherapy Alliance Scales. In A.O. Hovarth, L.S. Greenberg (Eds.). **The working alliance: theory, research and practice**. New York: Wiley, 1994.

GIBBS, P.L. The primacy of psychoanalytic intervention in recovery from the psychoses and schizophrenias. **The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, 35 (2), 287-312, 2007.

GLOVER, E. **The technique of psycho-analysis**. London: Baillière, Tindall & Cox, 1955.

GRANDE, T., DILG, R., JAKOBSEN, T., KELLER, W., KRAWIETZ, B., LANGER, M., OBREBRACHT, C., STEHLE, S., STENNES, M., RUDOLF, G. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. **Psychotherapy Research**, 16, 470-485, 2006.

GREEN, A. **Orientações para uma Psicanálise Contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GREENSON, R. The working alliance and the transference neurosis. **Explorations in Psychoanalysis** (pp. 119-224). New York, International Universities Press, 1978. (Originalmente publicado em 1965).

GREENSON, R. **A técnica e a prática da psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

HAUCK S, CRESTANA T, MOMBACH C, ALMEIDA E, EIZIRIK C. Pesquisa em psicanálise e psicoterapia psicanalítica: um novo instrumento para avaliação de aderência à técnica em estudos de efetividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30 (3), 290-301, 2008.

HAUCK, S., KRUEL, L., SORDI, A., SBARDELLOTTO, G., CERVIERI, A., MOSCHETTI, L., SCHESTATSKY, S., CEITLIN, LH. [Factors related to early dropout in psychoanalytic psychotherapy]. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 29, 265-273, 2007.

HERSOUG, A.G., HOGLEND, P., GABBARD, G.O., LORENTZEN, S. The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, Feb 1, 2012. [Epub head of print]

HOGLEND, P. Personality disorders and long-term outcome after brief psychodynamic psychotherapy. **Journal of Personality Disorders**, 7, 168–181, 1993.

HOLLON, S.D., PONNIAH, K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. **Depression and Anxiety**. 27 (10), 891–932, 2010.

HORVATH, A.O., LUBORSKY, L. The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 61 (4), 561-573, 1993.

HOSMER, D.W., LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc, 2000.

HUNSLEY, J., AUBREY, T.D., VESTERVELT, C.M., VITO, D. Comparing therapist and client perspective on reasons for psychotherapy termination. **Psychotherapy**, 4, 380 – 388, 1999.

JENKINS, S.J., FUQUA, D.R., BLUM, C.R. (1986). Factors related to duration of counseling in a university counseling center. **Psychological Reports**, 58, 467-472, 1986.

JIMÉNEZ, J.P. Can research influence clinical practice? **International Journal of Psychoanalysis**, 88, 661-79, 2007.

JUNG, S.I., FILLIPPON, I., NUNES, M.L., EIZIRIK, C. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 28, 298-312, 2006.

JUNG, S.I., NUNES, M.L., EIZIRIK, C. Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 29, 184-196, 2007.

KÄCHELE, H. Clinical and scientific aspects of the Ulm Process Model of psychoanalysis. **International Journal of Psychoanalysis**, 69, 65-73, 1988.

KÄCHELE, H. [Psychotherapy under evaluation]. **Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie**, 48 (3-4), 77, 1998.

KÄCHELE, H., PORZSOLT, F. [Ethics and/or evidence-based psychotherapy--a challenge]. **Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie**, 50 (2), 37, 2000.

KAPLAN, H., SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. 3ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 1984.

KAZDIN, A.E. Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. **Archives of General Psychiatry**, 57, 829-37, 2000.

- KEHL, M.R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- KEIDANN, C.E., DAL ZOT, J.S. Avaliação. In: Eizirik CL, Schestatski SS, Aguiar RW. (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos** (pp. 193-205). Porto Alegre: Artmed, 2005.
- KERNBERG, O. **Desordens fronterizos y narcisismo patológico**. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- KERNBERG, O. **La teoria de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico**. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- KERNBERG, O. **Mundo interior e realidade exterior: teoria aplicada as relações objetais**. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- KERNBERG, O. **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- KERNBERG, O. **Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- KERNBERG, O. **Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship - New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders**. New Haven: Yale University Press, 2004.
- KERNBERG, O. A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. **Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica** (pp.117-144). Lisboa: Climepsi, 2006.

KERNBERG, O. **A necessidade premente de ampliar a pesquisa na e sobre a psicanálise.** Livro Anual de Psicanálise, 22, 25-30, 2008.

KLEIN, M. Amor, culpa e reparação. In. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1937).

KLEIN, M. Sobre os critérios para o término de uma psicanálise. In. **Inveja e gratidão e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Originalmente publicado em 1950).

KNEKT, P., LINDFORS, O., HARKANEN, T., VALIKOSKI, M., VIRTALA, E., LAAKSONEN, M.A., MARTTUNEN, M., KAIPAINEN, M., RENLUND, C.; HELSINKI PSYCHOTHERAPY STUDY GROUP. Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. **Psychological Medicine**, 38, 689-703, 2008.

KNEKT, P., LINDFORS, O., SARES-JÄSKE, L., VIRTALA, E., HÄRKÄNEN, T. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. **Nordic Journal of Psychiatry**, May 8, 2012. [Epub ahead of print].

KNIJNIK, D., KAPCZINSKI, F., CHACHAMOVICH, E., MARGIS, R., EIZIRIK, C. Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26, 77-81, 2004.

KNIJNIK, J., RISPOLI, A., TOFANI, A.C., MELLO, C., RUBIN, L., EIZIRIK, C. Baluarte, surpresa e comunicação no campo analítico. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 46 (1), 150-61, 2012.

KOHUT, H. **Como cura a psicanálise?**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KOHUT, H. **Self e narcisismo**. São Paulo: Imago, 1984.

KRARUP, G. [Psychotherapy for Schizophrenia]. **Ugeskrift for Laeger**, 170 (46), 3755-8, 2008.

KRAUSKOPF, C.I., BAUMOARDNER, A., MANDRACCHIA, S. (1981). Return rate following intake revisited. **Journal of Counseling Psychology**, 28, 519-521, 1981.

LALONI, D. **Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade**. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2001. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=294](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294).

LANDER, R. The mechanisms of cure in psychoanalysis. **Psychoanalytic Quarterly**, 76, 1499-1512, 2007.

LEICHSENRING, F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. **International Journal of Psychoanalysis**, 86, 841-868, 2005.

LEICHSENDRING, F., RABUNG, S. Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis. **Journal of the American Medical Association**, 300 (13), 1551-1565, 2008.

LEICHSENDRING, F., SALZER, S., JAEGER, U., KACHELE, H., KREISCHE, R., LEWEKE, F., RUGER, U., WINKELBACH, C., LEIBING, E. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. **American Journal of Psychiatry**, 166, 875–881, 2009.

LEUZINGER-BOHLEBER, M., STUHR, U., RÜGER, B., BEUTEL, M. How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multiple-perspective follow-up study. **International Journal of Psychoanalysis**, 84, 263-90, 2003.

LINDEN, M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, Jan 18, 2012 (Epub ahead of print).

LINDFORS, O., KNEKT, P., VIRTALA, E., LAAKSONEN, M.A. The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 200 (11), 946-53, 2012.

LIPOVETSKY, G. **O Império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2007.

- LISPECTOR, C. **A paixão segundo G.H.**. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1964.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P., MCLELLAN, T., WOODY, G., PIPER, W., LIBERMAN, B. IMBER, S., PILKONIS, P. Do therapists vary much in their success?: Findings from four outcome studies. **American Journal of Orthopsychiatry**, 51, 501-512, 1986.
- MALAN, D. **Toward the validation of dynamic psychotherapy**. New York: Plenum Medical Book Company, 1976.
- MALAN, D., SELVA, P. **Psicoterapia dinâmica intensiva breve: Um método inovador**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- MARGISON, F. Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 39 (11-12), 972-81, 2005.
- MCNUTT, L.A., WU, C., XUE, X., HAFNER, J.P. Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes. **American Journal of Epidemiology**, 157, 940-3, 2003.
- MILLER, W., ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors**. New York: Guilford Press, 1991.
- MILROD, B., LEON, A.C., BUSCH, F., RUDDEN, M., SCHWALBERG, M., CLARKIN, J., ARONSON, A., SINGER, M., TURCHIN, W., KLASS, E.T., GRAF, E., TERES, J.J., SHEAR, M.K. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. **American Journal of Psychiatry**, 164 (2), 265-272, 2007.

MONSEN, J., ODLAND, T., FAUGLI, A., DAAE, E., EILERTSEN, D.E. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow- up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after the end of treatment. **Scandinavian Journal of Psychology**, 36 (3), 256–268, 1995a.

MONSEN, J., ODLAND, T., FAUGLI, A., DAAE, E., EILERTSEN, D.E. Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focussing on affect consciousness. **Psychotherapy Research**, 5 (1), 33–48, 1995b.

MURAWIEC, S., ZECHOWSKI, C. [Schizophrenic patient's constant refusal of psychotropic medication--case report and psychodynamic remarks]. **Psychiatria Polska**, 41 (4), 551-60, 2007.

NACHT, S., LEBOVICI, S. Indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis en el adulto. In. Gemelli, A. (Ed.). **El psicoanálisis hoy** (pp.44-79). Buenos Aires: Dom Bosco; 1958.

NICOLESCU, B. **O Manifesto da Transdisciplinaridade**. São Paulo: TRIOM.

NIETZSCHE, F. **Além do bem e do mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

OGDEN, T., GABBARD, G. The lure of the symptom in psychoanalytic treatment. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 58, 533-544, 2010.

OGRODNICZUK, J.S.; JOYCE, A.S.; PIPER, W.E. Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. **Harvard Review of Psychiatry**, 13(2), 57-70, 2005.

OLFSON, M., MARCUS, S., DRUSS, B., PINCUS, H.A. National Trends in the Use of Outpatient Psychotherapy. **American Journal of Psychiatry**, 159, 1914-1920, 2002.

OLLENDICK, T.H., KING, N.J. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders. **Journal of Clinical Child Psychology**, 27, 156-167, 1998.

OWEN, J., HILSENROTH, M.J. Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 199 (6), 384-9, 2011

PARRY, G. Evidence based psychotherapy: special case or special pleading? **Evidence-Based Mental Health**, 3, 35-37, 2000.

PEKARIK, G. (1983). Follow-up adjustment of outpatient dropouts. **American Journal of Orthopsychiatry**, 53, 501-511.

PELENTO, M.L. Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de D. Winnicott. **Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados**, 11, 189-197, 1985.

PÉREZ, F., ALVARADO, L., DE LA PARRA, G., DAGNINO, P. Diagnóstico psicodinámico (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría**, 47(4), 271-8, 2009.

PERRON, R. Como fazer pesquisa? Resposta a Otto Kernberg. **Livro Anual de Psicanálise**, 22, 32-36, 2008.

PHEULA, G.F., ISOLAN, L.R. Psiquiatria baseada em evidência em crianças e adolescentes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34 (2), 74-83, 2007.

PHILIPS, B., WENNBERG, P., WERBART, A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. **Psychology and Psychotherapy**, 80, 229-45, 2007.

PHILIPS, E.L. **Psychotherapy revised: new frontiers in research and practice**. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985.

PIPER, W.E., OGRODNICZUK, J.S., JOYCE, A.S., MCCALLU, M., ROSIE, J.S., O'KELLY, J.G. Prediction of dropping out in time-limited interpretative individual psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 36 (2), 114-122, 1999.

REIS, B.F., BROWN, L.G. Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. **Professional Psychology: Research and Practice**, 37, 311-316, 2006.

REIS, B.F., BROWN, L.G. Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 36 (2), 123-136, 1999.

RISL, E., VON DER TANN, M. **Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2): Manual of diagnosis and treatment planning**. OPD Task Force (Ed.). Cambridge: Hogrefe & Huber; 2008.

ROMANOWSKI, R., ESCOBAR, J., SORDI, R.E, CAMPOS, M. Níveis de mundaça e critérios de melhora. In. C. Eizirik; R. Aguiar, S. Schetatsky (Orgs.).

***Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.*** 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROSENBAUM, B., VALBAK, K., HARDER, S., KNUDSEN, P., KOSTER, A., LAJER, M., LINDHARDT, A., WINTHER, G., PETERSEN, L., JORGENSEN, P., NORDENTOFT, M., ANDREASEN, A.H. Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. **World Psychiatry**, 5 (2), 100-3, 2006.

ROSENTHAL, R.J. Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30, suppl.1, S41-S50, 2008.

ROTH, A., FONAGY, P. The contributions of therapists and patients to outcome. In Roth, A., Fonagy, P. **What works for whom? A critical review of psychotherapy research.** 2<sup>nd</sup>. Edition. New York: Guilford Press, 2005.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

RUDOLF, G., MANZ, R., ORI, C. Results of psychoanalytic therapy. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse**, 40 (1), 25-40, 1994.

RUEVE, M.E., CORRELL, T.L. The art of psychotherapy – Selecting patients for psychodynamic psychotherapy. **Psychiatry (Edgmont)**, 3 (11), 44-50, 2006.

SANDELL, R., BLOMBERG, J., LAZAR, A., CARLSSON, J., BROBERG, J., SCHUBERT, J. Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockholm Outcome of

Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). **International Journal of Psychoanalysis**, 81(5), 921-42, 2000.

SANDERSON, W.C. The case for evidence-based psychotherapy treatment guidelines. **American Journal of Psychotherapy**, 52 (3), 382-7, 1998.

SANDERSON, W.C. Why we need evidence-based psychotherapy practice guidelines. **Medscape General Medicine**, 4 (4), 2002. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/445080>.

SCHAFFER, J.L. **Analysis of Incomplete Multivariate Data**. London: Chapman & Hall, 1997.

SCHAFFER, N.D. Multi-dimensional measures of therapists behavior as a predictor of outcome. **Psychological Bulletin**, 92, 670-681, 1982.

SCHESTATSKY, S. Introdução ao planejamento em psicoterapia. In. Eizirik C, Aguiar R, Schesatsky S. (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática** (pp. 71-78). Porto Alegre: Artmed, 1989.

SCHNEIDER, J. Objetivos terapêuticos e criterios de curación en la obra de Heinz Kohut. **Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados**, 11, 119-141, 1985.

SEGAL, H. Fear of death. Notes on the analysis of an old man. **International Journal of Psychoanalysis**, 39, 178-81, 1958.

SERRALTA, F., POLE, N., NUNES, M.L., EIZIRIK, C., OLSEN, C. The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. **Psychotherapy Research**, 20 (5), 564-575, 2010.

SOLMS, M. Neurociência. In. E. Person, A. Cooper, G. Gabbard (Eds). **Compêndio de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SPARKS, W.A., DANIELS, J.A., JOHNSON, E. Relationship of referral source, race, and wait time on preintake attrition. **Professional Psychology: Research and Practice**, 34, 514-518, 2003.

STIMPSON, N., AGRAWAL, N., LEWIS, G. Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression: systematic review. **British Journal of Psychiatry**, 181 (4), 284–294, 2002.

STONE, L. The widening scope of indications for psychoanalysis. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 2 (4), 567-94, 1954.

SVARTBERG, M., STILES, T., SELTZER, M. Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. **American Journal of Psychiatry**, 161 (5), 810-7, 2005.

SWART, H.A., ZUCKOFF, A., GROTE, N.K., SPIELVOGLE, H.N., BLEDSOE, S.E., SHEAR, M.K. Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques of Motivational Interviewing and ethnographic interviewing to improve

treatment participation. **Professional Psychology: Research and Practice**, 38 (4), 430-439, 2007.

SWIFT, J.K., GREENBERG, R.P. Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 80(4), 547-559, 2012.

SWIFT, J.K., WHIPPLE, J., SANDBERG, P. A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. **Psychotherapy**, 49 (4), 549-556, 2012.

TAYLOR, D., CARLYLE, J.A., MCPHERSON, S., ROST, F., THOMAS, R., FONAGY, P. Tavistock Adult Depression Study (TADS): a randomised controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant/treatment-refractory forms of depression. **BMC Psychiatry**, 12 (1), 60, 2012. (Ahead of print).

TILLMAN, J.G. A view from Riggs: treatment resistance and patient authority-IX. Integrative psychodynamic treatment of psychotic disorders. **The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, 36 (4), 739-61, 2008.

TRUANT, G.S. Assessment of suitability for psychotherapy. I. Introduction and the assessment process. **American Journal of Psychotherapy**, 52 (4), 397-411, 1998.

VALBAK, K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 109, 164–178, 2004.

VALBAK, K., KOSTER, A., LARSEN, K.A., NIELSEN, J.R., NORRIE, B. The Danish national multicenter schizophrenia project: assessment of psychotic patients

for dynamic psychotherapy (APPP). **Nordic Journal of Psychiatry**, 57 (5), 333-8, 2003.

WACHTEL, P.L. Beyond “ESTs” - Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. **Psychoanalytic Psychology**, 27 (3), 251-272, 2010.

WALITZER, K.S., DERMEN, K.H., CONNORS, G.J. Strategies for preparing clients for treatment: A review. **Behavior Modification**, 23, 129-151, 1999.

WALLERSTEIN, R. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57(2), 195-205, 1998.

WALLERSTEIN, R. **Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy**. New York: The Analytic Press, 2000.

WALLERSTEIN, R. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual. In. C. Eizirik, R. Aguiar, S. Schetatsky (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WALLERSTEIN, R. Pesquisa sobre resultado. In. Person E, Cooper A, Gabbard G (Orgs). **Compêndio de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

WANG, J. Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. **Medical Care**, 45, 224–229, 2007.

WANG, P.S., GILMAN, S.E., GUARDINO, M., CHRISTIANA, J.M., MORSELLI, P.L., MICKELSON, K., KESSLER, C. Initiation of and adherence to treatment for

mental disorders: examination of patient advocate group members in 11 countries. **Medical Care**, 38, 926–936, 2000.

WARD, J.H., Jr. Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. **Journal of the American Statistical Association**, 48, 236–244, 1963.

WATZKE, B., RÜDDEL, H., JÜRGENSEN, R., KOCH, U., KRISTON, L., GROTHGAR, B., SCHULZ, H. Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive–behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. **The British Journal of Psychiatry**, 197 (2), 96-105, 2010.

WEBER, J.J., BACHRACH, H.M., SOLOMON, M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). **International Review of Psychoanalysis**, 12, 127-141, 1985a.

WEBER, J.J., BACHRACH, H.M., SOLOMON, M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). **International Review of Psychoanalysis**, 12, 251-262, 1985b.

WERNER-WILSON, R., WINTER, A. What Factors Influence Therapy Drop Out? **Contemporary Family Therapy**, 32, 375–382, 2010.

WESTMACOTT, R., HUNSLEY, J. Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. **Journal of Clinical Psychology**, 66, 1-13, 2010.

WEZBART, A., LEVANDER, S. Vicissitudes of ideas of cure in analysands and their analysts: a longitudinal interview study. **International Journal of Psychoanalysis**, 92, 1455-1481, 2011.

WIERZBICKI, M., PEKARIK, G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. **Professional Psychology: Research and Practice**, 24, 190-195, 1993.

WINNICOTT, D.W. Desenvolvimento emocional primitivo. In. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1988. (Originalmente publicado em 1944).

WINNICOTT, D.W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Originalmente publicado em 1963).

WINNICOTT, D.W. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Originalmente publicado em 1962).

WOODS, R., ROTH, A. Effectiveness of psychological interventions with older people. In. Roth, A., Fonagy, P. **What works for whom? A critical review of psychotherapy research** (pp. 425-426). 2<sup>nd</sup>. Edition. New York: Guilford Press, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of diseases and related health problems, 10th revision**. Geneva: World Health Organization; 1992.

YEOMANS, F., CLARKIN, J., KERNBERG, O. **A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient**. Northvale: Aronson, 2002.

ZETZEL, E. The analytic situation. In. Litman, R. (Ed.). **Psychoanalysis in the Americas** (pp. 86-106). Nova Iorque: International Universities Press, 1964.

ZIMERMAN, D. **Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão**. Porto Alegre: Artmed, 2004.