

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



*Dissertação de Mestrado*

**CRIAÇÃO E APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO  
DE ADERÊNCIA À TÉCNICA PSICANALÍTICA EM SESSÕES DE  
PSICOTERAPIA**

**ELLEN ALVES DE ALMEIDA**

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik**

Porto Alegre, março de 2011.

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



*Dissertação de Mestrado*

**CRIAÇÃO E APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO  
DE ADERÊNCIA À TÉCNICA PSICANALÍTICA EM SESSÕES DE  
PSICOTERAPIA**

**ELLEN ALVES DE ALMEIDA**

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

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik**

Porto Alegre, Brasil, 2010.

**A447c** Almeida, Ellen Alves de

Criação e aplicação de instrumento para verificação de aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia / Ellen Alves de Almeida ; orient. Cláudio Laks Eizirik. – 2011.

68 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Psicanálise 2. Psicoterapia 3. Estudos de validação 4.

Questionários 5. Terapia psicanalítica I. Eizirik, Cláudio Laks II.

Título.

NLM: WM 460

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

## **Agradecimentos**

À minha mãe Marisa, pelo amor e apoio incondicional em todas as etapas da minha vida.

À minha tia Ana, pelo carinho e pelo exemplo de vida, sempre me acompanhando.

Ao meu namorado Bernardo, pelo amor e companheirismo em tantos desafios.

Aos meus demais familiares por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu orientador Prof Cláudio Eizirik, pela competência e por acreditar em mim em todas as etapas da minha formação.

À Simone Hauck pela intensa participação na criação e na realização de diversas etapas do trabalho.

À Daniela Knijnik, Érico Moura, Marianne Possa, Marina Gastaud, Júlia Goi e Mônica Echeverria pela disponibilidade em colaborar e pelo entusiasmo demonstrado na execução do trabalho.

Ao Giovanni Salum e aos estatísticos do GPPG, pela ajuda com a análise estatística.

Aos amigos, Maurício, Ana Paula, Marco Antônio, Tatiana, Edgar e Daniel, por sempre estarem ao meu lado, tornando a vida mais leve e divertida.

À minha terapeuta, Neusa Sica, pelo apoio ao longo de todos esses anos.

Aos colegas que forneceram as sessões, sem os quais esse trabalho não poderia ter sido realizado.

## Resumo

**Introdução:** A pesquisa em psicoterapia carece de métodos que visem garantir a aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia. Tal fato é um potencial gerador de vieses em pesquisas de resultados. A padronização e manualização dos tratamentos restringem a técnica e afastam o tratamento daquele aplicado na realidade. **Objetivos:** Desenvolver um instrumento confiável e de fácil aplicação a fim de verificar se determinada sessão pode ser considerada como psicanalítica e realizar análises iniciais em relação à confiabilidade do instrumento (Artigo 1). Além disso, pretende-se testar se o instrumento é capaz de diferenciar sessões de psicoterapia psicanalítica de outros tipos de psicoterapia (Artigo 2). **Métodos:** O estudo foi dividido em 5 fases: fase 1- seleção do conjunto de itens, através de grupos focais e construção das sentenças; fase 2 – testes preliminares com aplicação em sessões transcritas de psicoterapia psicanalítica e terapia cognitivo-comportamental (TCC) por 5 avaliadores, problemas discutidos em grupos focais; fase 3- cálculo da consistência interna e confiabilidade inter-avaliadores, utilizando-se 16 sessões de psicoterapia psicanalítica (avaliadas por experts), 2 típicas de TCC e 2 típicas de terapia interpessoal (TIP) provindas da literatura, com 8 avaliadores, tendo sido calculado alfa de cronbach, kappa, sensibilidade e especificidade do ponto de corte e realizada análise fatorial (SPSS 16.0); fase 4 – realizada validade de face, através de opiniões de experts (4 primeiras fases – Artigo 1); fase 5 – analisada capacidade de discriminação entre psicoterapia psicanalítica e TCC, através da aplicação em 25 sessões de psicoterapia psicanalítica e 15 de TCC, por 5 avaliadores, com treinamento prévio de 1h, sendo realizado cálculo do kappa (concordância entre o tipo de psicoterapia e o ponto de corte sugerido) e curva ROC para o ponto de corte (Artigo 2). **Resultados:** Fase 1- foram selecionados 6 domínios: natureza da intervenção, neutralidade, uso de interpretações, qualidade das interpretações, uso da teoria psicanalítica, clima da sessão, sendo que cada item com escore de 0 a 5, em uma

escala Likert; Fase 2- 5 domínios, excluído o item qualidade das interpretações, uma vez que o objetivo é avaliar se uma sessão é ou não psicanalítica e não a sua qualidade; Fase 3- Análise dos Componentes Principais: 1 único fator significativo (eigenvalues = 3,930), explicando 78,61% da variância total, sendo que todos os itens tiveram participação relevante (item loadings > 0,84) na solução fatorial, alfa de Cronbach= 0,81, com ponto de corte de 13: kappa de 0,81, com sensibilidade de 98% e especificidade de 94%; Fase 4- avaliação por experts de outros países, concluindo que os termos selecionados têm o mesmo significado em outras culturas, descrevendo aspectos teóricos e técnicos em diferentes contextos (4 primeiras fases – Artigo 1); Fase 5 – na diferenciação com TCC, o kappa variou entre 0,79 e 1, sendo o kappa conjunto calculado de 0,83. Curva ROC demonstrou que sensibilidade e especificidade de 100% são obtidas com o ponto de corte de 13,2 (Artigo 2). **Conclusões:** O presente estudo demonstrou que o instrumento criado é útil em verificar aspectos fundamentais da técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia, com boa capacidade de diferenciação entre sessões de psicoterapia psicanalítica e de TCC. Mostrou boa confiabilidade, ainda, nos testes iniciais.

**Descritores:** psicanálise, psicoterapia psicanalítica, escalas, aderência à técnica

## Summary

**Introduction:** The psychotherapy research lacks methods to ensure adherence to psychoanalytic technique in psychotherapy sessions. This fact is a potential generator of biases in research results. The standardization of treatment and manualization restrict the treatment technique and deviate from that applied in reality. **Objectives:** To develop a reliable and easily applied instrument to check whether a session can be considered as psychodynamic psychotherapy and perform initial analysis regarding the reliability of the instrument (Article 1). In addition, we intend to test whether the instrument is capable of differentiating psychoanalytic psychotherapy sessions of other types of psychotherapy (Article 2). **Methods:** The study was divided into five phases: Phase 1 - Selection of the item pool, from focal groups and construction sentences; Phase 2 - Preliminary tests using transcribed sessions of psychoanalytic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) by 5 raters, problems were discussed in focal groups; Phase 3 – Tests to evaluate internal consistency and inter-rater reliability were performed, using 16 sessions of psychoanalytic psychotherapy (assessed by experts), two typical sessions of CBT and two of interpersonal therapy (IPT) from literature, 8 raters. Cronbach's alpha, kappa, sensitivity and specificity of the cut point were obtained and factorial analysis was performed (SPSS 16.0); Phase 4 - face validity through expert views (4 early stages - Article 1), Phase 5 - analyzed the capacity of discrimination between psychotherapy and CBT, using 25 sessions of psychotherapy and 15 of CBT, by 5 raters with prior training of 1 hour, kappa (agreement between the type psychotherapy and the cutoff suggested) was obtained and ROC curve for the cutoff (Article 2). **Results:** Phase 1 – Six main domain were selected: nature of interventions, neutrality, use of interpretations, quality of interpretations, use of psychoanalytic theory, ambiance of the session, each item should be score of in a Likert scale (0-5); Phase 2 - 5 domains, the evaluation of the quality of interpretations was ruled out, because the objective of the instrument was to

evaluate whether or not a session was psychoanalytic, rather than but not its quality; Phase 3 - Principal Component Analysis revealed a unique meaningful factor (eigenvalues = 3.930), explaining 78.61% of total variance, all items had a relevant participation (item loadings > 0.84) in the factor solution. Cronbach's alpha was 0.81 and, using a cutoff of 13, kappa was 0.81, sensitivity was 98% and specificity was 94%; Phase 4 – the evaluation by experts from other localities ensured that the selected terms have the same meaning in other cultures, describing theoretical and technical aspects in different contexts (4 early stages - Article 1); Phase 5 – In the analysis of the ability to differentiate psychoanalytic psychotherapy CBT, kappa ranged between 0.79 and 1 and the aggregated kappa was 0.83. ROC curve showed that sensitivity and specificity of 100% are obtained with a cutoff of 13.2 (Article 2).

**Conclusions:** This study demonstrated that the instrument is useful in verifying the fundamental aspects of psychoanalytic technique in psychotherapy sessions, with a good ability to differentiate sessions of psychoanalytic psychotherapy CBT. It obtained a good reliability, even in initial tests.

**Keywords:** psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, scales, adherence to technical

## **Lista de Figuras e Tabelas**

Artigo 1 – Tabela 1 – Total Variance Explained

Artigo 1 – Tabela 2 – Component Matrix

Artigo 2 – Figura 1 – Curva ROC

## **Lista de Abreviaturas**

APS – Defense Mechanism Rating Scales

APT-I- Adherence to Psychoanalytical Technique Instrument

CARR- Configurational Analysis and Role Relationship Model

CBT- Cognitive Behavioral Therapy

CCRT- Core Conflictual Relationship Theme

FRAMES- Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures

GPPG- Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

IC- Intervalo de Confiança

HCPA- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IASP- Instrumento de Avaliação de Aderência em Sessões Psicanalíticas

KAPP- Karolinska Psychodynamic Profile

MSI- McGlashan Semistructured Interview

OPD- Operationalized Psychodynamic Diagnosis

ORI- Object Relations Inventory

PQS- Psychotherapy Process Q-Set

PRP- Projeto Menninger de Pesquisa em Psicoterapia

RCT- Randomized Clinical Trials

SPC- Scales of Psychological Capacities

STIPO- Structured Interview of Personality Organization

STOPP- Stockholm Outcome Psychotherapy Project

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

TRIP- Menninger Treatment Intervention Project

## Sumário

<b>1. Introdução</b>	13
<b>2. Revisão da literatura</b>	16
<b>2.1 Pesquisa em Psicoterapia</b>	16
2.1a Pesquisa de Resultado	16
2.1b Pesquisa de Processo	19
<b>2.2 Criação e validação de escalas</b>	21
<b>3. Objetivos</b>	24
3.1 Objetivo Primário	24
3.2 Objetivos Secundários	24
<b>4. Considerações Éticas</b>	24
<b>5. Artigo 1</b>	25
<b>6. Artigo 2</b>	42
<b>7. Considerações Finais</b>	45
<b>8. Referências Bibliográficas</b>	47
<b>9. Anexos</b>	49
<b>Anexo 1- Termo de Consentimento Informado</b>	49
<b>Anexo 2- Aprovação GPPG</b>	50
<b>Anexo 3- IASP</b>	51
<b>Anexo 4- Coordenadas Curva ROC</b>	55
<b>Anexo 5 – Projeto de Pesquisa</b>	56

## **Apresentação**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Criação e aplicação de instrumento para verificação de aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 30 de março de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos e Considerações Éticas
2. Artigos
3. Considerações Finais

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

## 1. Introdução

A psicanálise e a psicoterapia analítica têm suas raízes no trabalho realizado por Freud, que, a partir da observação de pacientes psiquiátricos e da aplicação sistemática do método analítico, fundou a psicanálise como ciência no início do século XX. Ao longo dos anos, a evolução dos conceitos descobertos por Freud e dos preceitos técnicos por ele propostos propiciou um extenso conhecimento sobre os processos mentais, com a aquisição de ferramentas importantes para o alívio de sintomas, diminuição do sofrimento, melhora da qualidade das relações interpessoais, desenvolvimento da criatividade e aumento da capacidade de adaptação dos pacientes. Apesar da extensa experiência clínica tender a validar o método, estudos controlados em psicanálise são ainda incipientes (Eizirik and Hauck 2008). A psicoterapia psicanalítica, entretanto, já teve sua eficácia testada de maneira mais sistemática em diversos ensaios clínicos que avaliaram sua efetividade no tratamento de psicopatologias específicas (Gabbard, Gunderson et al. 2002; Leichsenring, Rabung et al. 2004; Leichsenring and Leibing 2007).

Após a aplicação de várias modalidades terapêuticas, como o uso de psicofármacos, um número significativo de pacientes permanece com sintomas residuais, sendo que os objetivos da técnica psicanalítica transcendem a melhora sintomática, visando ampliar a capacidade adaptativa e modificar a estrutura da personalidade, mediante o aumento das capacidades da mente e do conhecimento sobre si. Além disso, sabe-se que, embora a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica sejam baseadas nos mesmos preceitos teóricos, os objetivos de uma análise e de uma psicoterapia psicanalítica são claramente diferentes e nem sempre é simples distinguir, na prática, uma da outra. Isso porque há uma superposição das características de uma e de outra em um *continuum*, em que em um pólo está a psicanálise e em outro a psicoterapia psicanalítica, com áreas em que a diferenciação entre as duas nem sempre é facilmente realizável (Wallerstein 2005).

Cabe ressaltar que parece haver, inclusive, alguma sobreposição com outras formas de psicoterapia não-psicanalítica, conforme estudo realizado nesta linha de pesquisa (Serralta, Pole et al. 2010). Enquanto a psicanálise busca a elaboração do conflito primário através da intensificação da neurose de transferência, obtida através de tratamentos mais longos, do uso do divã, de uma frequência das sessões de três a cinco vezes por semana e do uso predominantemente de interpretações transferenciais, a psicoterapia tem objetivos diferentes. A conflitiva primária é certamente foco de atenção na psicoterapia, mas na tentativa de compreendê-la dentro do contexto do desenvolvimento da personalidade do paciente. Seu objetivo é instrumentalizar melhor o indivíduo pela ampliação do entendimento sobre seu funcionamento, resultando no uso de um padrão defensivo mais maduro e na melhora do padrão de relações objetais (Eizirik and Hauck 2008). Além disso, embora diversos transtornos psiquiátricos obtenham notáveis benefícios com tratamento analítico (por exemplo, transtorno da personalidade obsessiva, evitativa, histérica e narcisista), sua indicação se estende a pessoas sem um diagnóstico psiquiátrico formal, mas que apresentam aspectos disfuncionais em sua vida diária. Assim, o diagnóstico clínico é uma das variáveis a ser considerada, mas não a única e nem necessariamente a mais importante.

Porém, perante o surgimento de tratamentos que seriam eficazes em menor espaço de tempo e com menor custo (Gabbard, Gunderson et al. 2002), possibilitando assim o tratamento de uma série de psicopatologias, a técnica psicanalítica tem tido seu papel questionado. Por definição, a psicanálise em si é uma ciência com métodos próprios de investigação. No entanto, em um contexto em que evidências científicas tornaram-se centrais na escolha dos tratamentos, a inclusão de metodologias de pesquisas que não faziam parte do método analítico tornou-se necessária (Eizirik and Hauck 2008). Porém, são significativas e evidentes as limitações do uso do modelo de ensaio clínico randomizado na pesquisa em psicanálise. Padronizando-se o método a fim de garantir a validade interna, restringe-se a técnica e afasta-se o tratamento

daquele aplicado na realidade (Eizirik and Hauck 2008). Porém, com a crescente busca por uma maneira confiável de pesquisar resultados em psicanálise e com a necessidade de dialogar com outras ciências faz como que o meio psicanalítico se habitue gradualmente com novas metodologias em pesquisa (Maat, Dekker et al. 2007).

Diante disso, torna-se necessário o desenvolvimento de ferramentas que possam medir aderência a parâmetros que garantam que a técnica utilizada em um estudo de efetividade é de fato psicanalítica sem a necessidade de manualização, sendo isso a que se propõe o presente estudo.

## **2. Revisão da Literatura**

### *2.1 Pesquisa em Psicoterapia*

Os tratamentos psicanalíticos, ao longo das últimas décadas, têm sido questionados, sendo que a falta de interesse em validar algumas de suas maiores premissas e em provar sua efetividade em comparação com outras modalidades terapêuticas contribuiu enormemente para essa situação. Entretanto, a partir da década de 90, tem havido avanços significativos em desenvolver métodos e ferramentas que possam penetrar na complexa natureza do processo do tratamento psicodinâmico e, de fato, demonstrar sua efetividade (Cortina 2010).

Classicamente, a pesquisa em psicanálise e psicoterapia psicodinâmica se divide em dois grandes grupos: a pesquisa de resultado e a pesquisa de processo.

#### 2.1a - Pesquisa de Resultado

A pesquisa sistemática, metodologicamente informada a respeito de resultados dos tratamentos psicanalíticos teve início com o Projeto de Pesquisa em Psicoterapia da Fundação Menninger que teve início em 1954. Esse estudo segue sendo o único que se estendeu praticamente ao longo de todo ciclo da vida adulta de muitos dos seus pacientes. Quarenta e dois pacientes adultos fizeram parte do estudo, todas as informações a respeito dos tratamentos foram coletadas no término desses e os pacientes foram reavaliados em 2 anos. Foi possível, ainda, coletar informações sobre muitos pacientes até quase 30 anos após (Bachrach, Galatzer-Levy et al. 1991). Dentre os resultados, a psicanálise atingiu desfechos mais limitados do que o esperado e as psicoterapias, muitas vezes, atingiram mais desfechos positivos do que o previsto. Além disso, intervenções de apoio apareceram em todos os tratamentos,

incluindo a psicanálise, e foram responsáveis por atingir mais resultados positivos (inclusive mudança estrutural) do que o previsto (Wallerstein 1989).

Em 1985, John Weber et al. publicaram os estudos provenientes do Projeto do Centro Psicanalítico de Columbia, nos quais foram reunidos aproximadamente 1600 pacientes, estando 40% em psicanálise e 60% em psicoterapia psicodinâmica. O achado mais impressionante desses estudos foi que, dentro da cada categoria de pacientes, o benefício terapêutico mensurado sempre excedeu substancialmente a evolução do processo analítico mensurada. Além disso, os resultados, em termos de benefícios terapêuticos e analisibilidade, foram apenas marginalmente previsíveis pela avaliação inicial. Achados semelhantes foram encontrados nos estudos do Instituto Psicanalítico de Boston, no qual foram avaliados inicialmente 100 pacientes em psicanálise supervisionada em relação à indicação desses para análise. Posteriormente, 27 foram acompanhados por um ano para verificar o quão adequada foi a indicação dos pacientes, de fato, para análise (Wallerstein 2004).

Dentre os principais estudos de acompanhamento realizados, a partir da década de 90, o “estudo de Berlim III A e B” (Rudolf, Manz et al. 1994), evidenciou eficácia da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica em reduzir sintomas psíquicos e corporais e traços narcísicos, além de melhorar os relacionamentos interpessoais e o teste de realidade. Publicado em 1996, um estudo prospectivo com 208 pacientes em diferentes modalidades de tratamento analítico, evidenciou melhora da sintomatologia, dos objetivos individuais de tratamento, da avaliação psicológica e da satisfação com o tratamento (Grande, Dilg et al. 2006). Leuzinger-Bohleber e colaboradores (Leuzinger Bohleber, Stuhr et al. 2003), ao avaliarem 401 pacientes, 6,5 anos após o término da psicanálise ou da psicoterapia, encontraram 70 a 80% de boas e estáveis mudanças psíquicas nos dois grupos. O *Stockholm Outcome Psychotherapy Project* (STOPP) (Sandell, Blomberg et al. 2000) obteve, dentre os resultados de um acompanhamento de 3 anos de 331 pacientes em psicoterapia psicanalítica e de 74 em psicanálise, a

associação da redução de sintomas com a frequência e duração do tratamento, tendo os pacientes em psicanálise obtido os melhores resultados.

As metanálises apareceram, mais recentemente, como uma ferramenta estatística útil que pode agregar e comparar muitos diferentes estudos, com o objetivo de demonstrar a efetividade das psicoterapias psicodinâmicas em comparação com outras modalidades terapêuticas (Cortina 2010). Uma metanálise publicada em 2010 avaliou 23 estudos (n= 1365) a fim de verificar a eficácia da psicoterapia psicodinâmica de curto-prazo para depressão. A psicoterapia psicodinâmica foi significativamente mais efetiva do que as condições de controle no pós-tratamento (d=0,69). Mudanças entre os períodos pré e pós-tratamento nos níveis de depressão foram importantes (d=1,34) e essas mudanças se mantiveram no período de *follow-up*. Em comparação com outros tipos de psicoterapia, outros tratamentos foram levemente superiores (d= -0,30) imediatamente após o término, porém não foram encontradas diferenças após 3 meses (d= - 0,05) e 12 meses (d= -0,29) (Driessen, Cuijpers et al. 2010). Uma metanálise anterior, que comparou psicoterapia psicodinâmica com terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão, de maneira preliminar, já não havia encontrado diferenças entre as duas modalidades terapêuticas em relação à melhora dos sintomas depressivos (Leichsenring 2001). Outras metanálises demonstraram que a psicoterapia psicodinâmica de curto-prazo pode ser efetiva para uma variedade de quadros psiquiátricos, como transtornos somáticos, ansiedade, transtornos de personalidade, porém estudos randomizados de mais alta qualidade e estudos clínicos de efetividade são necessários (Abbass, Kisely et al. 2009), (Abbass, Hancock et al. 2006), (Leichsenring, Rabung et al. 2004).

Em relação à psicoterapia psicodinâmica de longo-prazo, foi publicada metanálise, em 2008, que avaliou 23 estudos (n=1053), a fim de examinar os efeitos desse tipo de tratamento em pacientes com transtornos de personalidade, doenças mentais crônicas, múltiplos transtornos psiquiátricos, transtornos depressivos e ansiosos. A psicoterapia de longo-prazo mostrou resultados superiores à de curto-

prazo em relação à efetividade, problemas alvo e funcionamento da personalidade, com tamanho de efeito de 1,8 (IC 95% 0,7 – 3,4) (Leichsenring and Rabung 2008).

Além disso, a eficácia da utilização de aplicações do modelo psicanalítico em tratamentos breves manualizados de uma série patologias específicas tem sido testada com resultados promissores (Leichsenring and Leibing 2007), mas o uso da manualização e do modelo clássico de eficácia na investigação da efetividade dos tratamentos psicanalíticos “tradicionais” tem sido sistematicamente questionada. Modelos híbridos, que se utilizem do desenho naturalístico, mas seguindo parâmetros que visem garantir a validade interna, têm sido sugeridos como uma opção válida na pesquisa de resultados (Maat, Dekker et al. 2007).

#### 2.1b - Pesquisa de processo:

A avaliação do processo psicoterápico e o conseqüente efeito das intervenções psicológicas tem sido um desafio para pesquisadores e clínicos (Wallerstein 2004). Como a avaliação do processo implica em um foco detalhado nas interações terapêuticas momento a momento, só foi possível realizar esse tipo de pesquisa em uma escala significativa após o uso de tecnologia confiável, como gravação e filmagem de sessões. A gravação em áudio foi introduzida na pesquisa em psicanálise em torno de 1933, quando Earl Zinn realizou gravações com ditafone de tratamentos psicanalíticos no Hospital Estadual de Worcester (Wallerstein 2004). Progressivamente, a gravação das sessões deixou de ser vista como deletéria ao processo terapêutico e seu uso passou a ser mais difundido. Um marco nessa evolução foi a experiência de Merton Gill, no final da década de 60, como membro do Instituto Downstate em Nova Iorque, conduzindo um estudo de psicanálise gravada, o qual levou para seminários com analistas em treinamento. Após um ano, foi possível verificar que, de fato, estava ocorrendo um processo psicanalítico e a questão da

gravação pôde ser analisada nos seus diversos significados, não tendo sido prejudicial ao tratamento (Wallerstein 2004).

Além da gravação de sessões, a introdução de instrumentos que tem por objetivo medir variáveis do processo analítico em sessões gravadas e transcritas trouxe uma enorme contribuição nessa área da pesquisa psicanalítica.

Alguns estudos consistiram no desenvolvimento de medidas de processo objetivas e o estabelecimento de sua confiabilidade e utilidade, muitos realizados nos anos 70, sendo alguns deles: (1) Multiple Code Theory, de Wilma Bucci, baseado nas flutuações de conexões entre sistemas não verbais e o código comunicativo verbal; (2) Estudos de Dahl: Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures (FRAMES), construídos em cima de uma classificação de expressão emocional; (3) Configurational Analysis and Role Relationship Model (CARR) de M.Horowitz, baseado na interação de esquemas mentais e como eles afetam pensamento e ações a respeito de si próprio e de outros; (4) Menninger Treatment Intervention Project (TRIP), de L. Horowitz, que explorou a relação criada entre a aliança terapêutica e a interpretação da transferência; (5) Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), de Luborsky, uma categorização das expressões da transferência e das respostas a ela; (6) Defense Mechanism Rating Scales (APS), de Perry, uma hierarquia de maturidade do desenvolvimento das defesas; (7) Analytic Process Scales, de Waldron, uma medida das contribuições do analista, do paciente e das características interacionais da sua relação ao processo terapêutico (Wallerstein 2004).

Outro estudo importante com esse mesmo propósito foi realizado em 1985, por Enrico Jones que desenvolveu um instrumento com o objetivo de investigar o papel de diferentes fatores envolvidos no processo terapêutico, o *Psychotherapy Process Q-Set (PQS)* que foi publicado alguns anos depois (Jones 2000). O PQS possui 100 itens que abrangem uma variedade de aspectos do tratamento. Esse instrumento é aplicável a sessões gravadas (áudio ou vídeo), promovendo uma descrição detalhada do processo terapêutico. Para sua utilização é necessário treinamento prévio e uma

considerável disponibilidade de tempo, o que pode dificultar seu uso mais sistemático em pesquisas quantitativas. Pesquisas recentes têm usado esse instrumento na avaliação do processo terapêutico (Serralta, Pole et al. 2010).

Outros estudos tentaram integrar o processo psicoterápico com o desfecho obtido. Muitos desses medem os resultados, tentando acessar mudanças estruturais de personalidade. Um sucessor do Projeto Menninger de Pesquisa em Psicoterapia (PRP), o PRP-II, durante a segunda metade da década de 80, envolveu a criação de um grupo de 17 escalas, chamado Scales of Psychological Capacities (SPC), com o intuito de criar um perfil de funcionamento da personalidade que, se alterado em configuração ao longo do curso da terapia, poderia refletir mudanças na organização básica da personalidade, ou seja, mudanças estruturais no ego. Outros grupos de escalas, ainda, foram criados com o mesmo propósito e testados com boas qualidades psicométricas, sendo alguns deles: (1) Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP), semelhante ao SPC, desenvolvido na Suécia; (2) Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD), também semelhante ao SPC, criado por um grupo alemão; (3) Structured Interview of Personality Organization (STIPO), abrangendo 94 áreas de investigação, divididas em 6 domínios globais de funcionamento da personalidade; (4) McGlashan Semistructured Interview (MSI), similar ao STIPO, abrangendo 32 áreas de funcionamento; (5) Object Relations Inventory (ORI), uma medida da estrutura da personalidade (Wallerstein 2004).

Desta forma, a maioria dos instrumentos utilizados nas pesquisas de processo, como descrito, não se propõe a medir a aderência à técnica psicanalítica, sendo o presente estudo pioneiro, nesse sentido.

## *2.2 Criação e validação de escalas*

Medir é uma atividade fundamental da ciência. É necessário o desenvolvimento de instrumentos que visem medir fenômenos que se acredita existirem, devido ao seu

entendimento teórico, mas que não é possível acessá-los diretamente. Para acessar a idéia teórica (constructo) é necessária uma escala cuidadosamente construída e validada, sendo que essas são compostas por uma coleção de itens que revelam o nível da variável teórica subjacente. Porém, cabe ressaltar que nem toda coleção de itens constituem escalas nesse sentido. Desenvolver escalas pode ser muito mais complexo e trabalhoso do que selecionar itens casualmente (DeVellis 2003); o item deve ser um indicador confiável do constructo que está sendo medido. Uma escala necessita possuir características essenciais para que de fato seja confiável, como confiabilidade e validade. A confiabilidade ou fidedignidade se refere ao grau de precisão da escala, refere-se ao quanto uma variável influencia em um grupo de itens (DeVellis 2003). A confiabilidade pode ser medida a partir de várias formas, sendo a consistência interna e a confiabilidade interavaliadores freqüentemente utilizadas. A consistência interna mede a homogeneidade do teste a partir de uma única aplicação, podendo ser calculada utilizando-se o alfa de Cronbach. O valor “0” indica ausência de confiabilidade e o valor “1” indica confiabilidade perfeita. A confiabilidade interavaliadores possibilita a verificação do grau de correspondência entre avaliações independentes de dois ou mais avaliadores (Perroca and Gaidzinski 2003), sendo muitas vezes estimada através do cálculo do *kappa*.

A validade de um instrumento refere-se àquilo que ele mede e quão bem ele faz isso, sendo que a validade não é uma característica imutável, devendo-se considerar em qual grupo de indivíduos e em quais circunstâncias o instrumento é válido. Há essencialmente três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério (DeVellis 2003). Os termos validade de conteúdo e validade de face (ou aparente) são descrições técnicas de julgamento para que uma escala pareça razoável. A validade de conteúdo examina em que extensão o assunto de interesse (constructo) é largamente coberto pelos itens e dimensões do instrumento. A validade de face verifica basicamente se um determinado instrumento parece medir o conceito (Viana and Madruga 2008). Ambas podem ser realizadas por

análise de *experts* ou comitê de especialistas. A validade de constructo constitui a maneira direta de verificar se o teste constitui uma representação legítima, adequada do constructo (Pasquali 2003; Westen and Rosenthal 2005). Essa pode ser trabalhada sob vários ângulos, sendo a análise da representação comportamental do constructo uma dessas possíveis maneiras. A análise da representação pode ser realizada pela análise da consistência interna do teste ou pela análise fatorial, sendo que à última pode-se acrescentar a análise de componentes principais. Finalmente, a validade de critério mede o grau de eficácia do teste em predizer um desempenho específico de um sujeito. O desempenho do sujeito deve ser avaliado através de técnicas que são independentes do próprio teste que se quer validar. Ao comparar a medida atual com outros testes já validados, espera-se uma correlação mínima de 0,75 (Pasquali 2003).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Primário:**

Desenvolver um instrumento confiável e de fácil aplicação a fim de verificar se determinada sessão transcrita pode ser considerada como de orientação psicanalítica.

#### **3.2 Objetivos secundários:**

- Verificar se o instrumento é capaz de diferenciar sessões de psicoterapia de orientação analítica de outros tipos de psicoterapia;
- Realizar análises iniciais em relação à confiabilidade do instrumento.

### **4. Considerações Éticas**

Não houve influência negativa do estudo no tratamento dos pacientes. Os dados foram inseridos no banco de dados sem a possibilidade de identificação do paciente, médico assistente ou supervisor. O terapeuta que concordou em participar do estudo assinou, em separado, termo de consentimento informado (Anexo 1).

O atual projeto foi aprovado pelos Comitês de Pesquisa e de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG 08-499) (Anexo 2).

## **5. Artigo 1**

### **Adherence to the psychoanalytic method in non-manualized treatments: development of the Adherence to Psychoanalytic Technique Instrument (APT-I).**

Ellen Alves de Almeida, Simone Hauck, Daniela Zipin Knijnik, Erico Moura, Claudio Laks Eizirik

(Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria- Manuscript ID: RBP -2011-AO- 0452 )

#### **Abstract**

Objective: The aim of this study was to develop a reliable instrument to determine if a certain session could be considered psychoanalytically oriented in a non-manualized therapy research setting. Method: The initial version of the Adherence to Psychoanalytic Technique Instrument (APT-I) was developed to evaluate the basic aspects that should be present to characterize a session as psychoanalytically oriented. Internal consistency was tested by means of principal components analysis and Cronbach's Alpha Test. Inter-rater reliability was measured by Kappa, and the sensitivity and the specificity of the preliminary cut-off point was tested. The final English version was presented to experts of different countries to verify the face validity. Results: The APT-I comprises five dimensions as follows: nature of interventions, neutrality, use of interpretations, use of the psychoanalytic theory, and therapist's attitude, and resulted in a unique factor. Cronbach's Alpha was 0.81, and Kappa 0.81. The sensitivity of the preliminary cut-off point was 98% and the specificity 94%. Conclusion: Without the ambition of defining psychoanalytic treatments, the APT-I can be used to verify aspects related to internal validity in studies of psychoanalytically oriented therapies , therefore allowing that reliable studies in "real world" settings are done.

## **Introduction**

The reason about what should be considered a psychoanalytical treatment has been a major concern since the beginning of psychoanalysis. It has never been an easy question to answer, raising controversial opinions among important authors in the field (Wallerstein 2005). Today it still remains a fundamental issue for several reasons. The advent of evidence based medicine that relies mainly on randomized clinical trials (RCT) has raised the need to ensure the efficacy of psychoanalytic treatments, by means of controlled studies. In the last decades, the focus of RCTs on internal validity, using homogeneous samples and with strict inclusion criteria, has guided studies that showed, generally speaking, that psychoanalytically oriented manualized treatments for specific disorders are superior to placebo or waiting list and equally effective to other treatment methods such as cognitive-behavioral and interpersonal therapies (Leichsenring, Rabung et al. 2004; Leichsenring and Leibing 2007).

In the last years, several randomized clinical trials were conducted aiming to evaluate psychodynamic therapies in a broader sense. A randomized controlled clinical trial has investigated the long-term effects of transference interpretations in a dynamic psychotherapy. One hundred patients were evaluated at baseline, and after 1 and 3 years post-treatment. Patients were randomly assigned to receive weekly sessions of dynamic psychotherapy for 1 year with or without transference interpretations. Five full sessions of each therapy were rated in order to document treatment fidelity. Both conditions demonstrated significant improvement during treatment phase and post-treatment .

However, patients with a lifelong pattern of poor object relations benefited more from therapy with transference interpretations, which seemed to be especially important for patients with longstanding, more severe interpersonal problems. In this study, the therapists had 10-25 years of experience in psychodynamic psychotherapy practice and received up to 4 years of training in order to be able to provide treatment with or without a moderate frequency of transference interpretations (one to three per session). All sessions were audiotaped and manualized (Hoglund, Bogwald et al. 2008).

In another study, ninety patients who were diagnosed with borderline personality disorder were randomly assigned to transference-focused psychotherapy, dialectical behavior therapy, or supportive treatment and received medication when indicated. Prior to treatment and every 4-month during a 1-year period, blind raters assessed the domains of suicidal behavior, aggression, impulsivity, anxiety, depression, and social adjustment. All treatments were associated with positive changes in specific domains, but the transference-focused psychotherapy was associated with a greater amount of change. A medical algorithm was used to guide the pharmacological treatment in this study. The three psychotherapies were delivered with attention to preserving their integrity and ecological validity. All therapies were monitored and supervised weekly by treatment condition leaders who were available to observe videotaped sessions, provide feedback and rate therapists' competence and treatment adherence (Clarkin, Levy et al. 2007).

On the other hand, a very well conducted naturalistic study evaluated 53 patients with both axis I and II disorders over the course of a long-term dynamic psychotherapy (3-5 years). Defense styles became more adaptive and symptoms improved over time in patients who started with scores in the clinical range. However, although the therapy

was conducted by experienced therapists, with a mean of 13.1 years post training, treatment adherence was not evaluated (Bond and Perry 2004). Nevertheless, although this methodological design highly ensures internal validity, which endorses its importance, it excludes many of the psychoanalytic approaches, including standard analysis and most psychoanalytic therapies that, by definition, preclude the use of manuals and pre-defined interventions.

Some authors suggest the use of hybrid designs as an ideal methodology for researches that intend to investigate the efficacy of psychoanalytic approaches in non-manualized treatment settings. The hybrid design retains some aspects of RCT, aiming to ensure internal validity (such as a careful description of the sample and treatment), but with more heterogeneous samples and without requiring the use of a manual, like in naturalistic studies. Therefore, the treatment and the population of the study would be more like the “real world” setting, arising external validity, without disregarding aspects related to internal validity (Maat, Dekker et al. 2007).

At first, an explicit definition of what one considers a psychoanalytically oriented treatment and some strategy to ensure that the therapist is in fact applying the proposed method in the study are required. The definition should not be restricted to specific theories, but should represent basic principles that are present in different psychoanalytic schools. This represents a continuum in which in one extreme is what one could call a standard analysis and in the other a psychoanalytically oriented therapy.

As far as we know, a specific validated tool addressing this matter is not available at the present moment. Aiming to improve the bridge between psychoanalysis and research, a validated tool that could be easily applied in different research settings is

desirable. Without this kind of support, and considering contemporaneous issues such as a trend to favor quickly solutions that could restrain the investment of public resources in this matter, strategies to overcome such a potential difficult are required.

The aim of this study was to develop a reliable instrument to determine if a certain session could be considered psychoanalytically oriented. It is important to note, however, that we did not intend to answer the complex issue about what should be considered psychoanalytical, but to develop a straightforward reliable tool that could asses some of the minimal basic aspects that define a treatment as being psychoanalytical oriented (including analyses and non-manualized psychoanalytical therapies) in a systematic way. This tool would certainly not provide detailed information about the psychotherapeutic process, but can ensure that the basic principles of psychoanalytic theory and technique are minimally attended.

## **Method**

### Phase 1

Selection of the item pool: focal groups, based on careful literature review and discussion with distinguished psychotherapists and analysts, were carried out for 4 months, aiming to select fundamental aspects of a psychoanalytic session that would represent different schools of psychoanalysis. This stage also had the purposes of constructing sentences that would represent the selected aspects, and defining possible answers for each one that would represent a continuum between typical psychoanalytical and not psychoanalytical sessions (for example, a standard cognitive-behavioral therapy session).

### Phase2

Preliminary tests: At this point, using transcribed sessions of psychoanalytically oriented therapy and sessions of cognitive-behavioral therapy, the resulting instrument was applied by 5 different raters (2 of them did not take part in phase 1), in order to the comprehension of the item. The faults, doubts or missing points of this version were discussed in focal groups, along with the homogeneity of the scores that were obtained. A new version emerged at this point, and an instruction chart was elaborated and added to the score sheet, aiming to allow raters with previous psychoanalytic background, but without previous knowledge of the instrument, to use this tool with a certain level of reliability.

### Phase 3

Internal Consistence and inter-rater reliability: Tests that evaluate internal consistence have the purpose of determining if a specific tool measures what it proposes to in a reliable way. When applied to infer the internal consistence of a measure, factor analyses relies on the principle that items that measure the same phenomenon are highly correlated (DeVillis 2003). To evaluate if the pool of items selected to define a session as psychoanalytical was measuring usual features of a psychoanalytic session as an unique construct we used 2 typical interpersonal and 2 typical cognitive-behavioral therapies sessions, and 16 sessions of experienced psychotherapists previously evaluated by experts as characteristically psychoanalytic (supervisors from Hospital de Clínicas de Porto Alegre, with more than 15 years of experience in running and teaching psychoanalytic oriented therapy and psychoanalyses). For ensuring inter-rater reliability, typical cognitive-behavioral and interpersonal therapies sessions were selected from the literature and mixed with the psychoanalytic ones. Eight raters carried out the evaluation of the sessions, two of them without previous knowledge of the instrument. All statistical analysis was carried out using SPSS for windows, version

16.0. Principal component analyses with varimax rotation was performed to explore the factor model of the instrument on the 5 items (Costello and Osborne 2005). Since the instrument had only 5 items, and we expected one factor solution, the strategies used to extract the number of factors were 1) the Kaiser criteria, which select components with eigenvalues greater than 1, and 2) the Scree test of Catell criteria, which implies the retention of all components in the sharp descent part of the plot before the break or bend (Fabrigar, MacCallum et al. 1999; Hayton, Allen et al. 2004). Reliability was assessed by means of Cronbach's Alpha test, and inter-rater reliability by Kappa. A cut-off point was suggested in order to consider a session as psychoanalytic oriented. This preliminary cut-off point was chosen by a consensus, and was based on the fact that, until this phase, all sessions of non-psychoanalytic treatments had scores below this cut-off point, and vice-versa. The sensitivity and specificity of this chosen cut-off point were tested.

#### Phase 4

Face validity: Even though the literature review intended to cover widespread psychoanalytical concepts, one must consider that the resulting version of the instrument was based in transcribed sessions and psychotherapist and analysts' expert opinions that could represent some specific aspects of our milieu. Therefore, we present the instrument, along with its instructions, to remarkable experts residents in other locations.

## **Results**

Results are summarized in the Figure 1.

#### Phase 1

Selection of the item pool: At first, six main domains were selected from literature review and discussion of experts' opinions named: nature of interventions, neutrality, use of interpretations, quality of interpretations, use of the psychoanalytic theory, and ambiance of the session (representing the synchrony of the pair and the creation of reflective moments). The evaluator was supposed to identify each intervention of the therapist and highlight it. Each of the 6 domains were represented by one question with 5 possible answers letting the rater give an objective answer that should be based on the analysis of the nature of each intervention in respect of the different domains. Percentages and objective quantification of different aspects assessed in the items were used to rate the different domains, in order to obtain the greater homogeneity possible by different raters, with some background in the psychoanalytic field. Each item represented one domain and should be scored in a Likert scale (0-5).

## Phase2

Preliminary tests: Several transcribed sessions were evaluated by 5 different raters, followed by focal groups aiming to take a second look at the problems and operationally of this version. The evaluation of the quality of interpretation was ruled out; because the group concluded that the objective of the instrument was to evaluate whether or not a session was psychoanalytic, rather than its quality. After a few meetings, the sixth domain was divided into two sub items (the synchrony of the pair and the creation of reflective moments), and it's sum resulted in the total item score, ranging from 0 to 5 as the other 4 retained domains. Based on the questions raised at this point, especially by the raters that did not take part in the previous phase, an instruction sheet was elaborated and added as the cover page of the instrument. As the scores became similar between different raters we moved forward to the statistical tests to evaluate the reliability of the tool.

### Phase 3

Internal Consistence: 16 sessions, verified as representing psychoanalytic oriented therapy by experts, 2 typical interpersonal and 2 typical cognitive-behavioral sessions were evaluated by 8 independent raters, two of them without previous knowledge of the instrument. Principal components analyses revealed a unique meaningful factor (eigenvalues = 3.930), explaining 78.61% of the total variance (Table 1). Since one component was extracted, the solution cannot be rotated. All items had relevant participation (item loadings > 0.84) in the factor solution (Table 2). Cronbach's Alpha was 0.81, ensuring a good reliability. A cutoff point of 13 was suggested for a session to be considered psychoanalytic, being 25 the maximum score. Kappa was 0.81, pointing an adequate inter-rater reliability (Hauck et al. 2008). Respectively, the sensitivity and specificity of the cutoff point of 13 were 98% and 94%.

### Phase 4

Face validity: After being considered acceptable, regarding reliability, by means of statistical tests, we presented the instrument to experts of other localities, to ensure that our questions represented central aspects of psychoanalytical sessions in different milieus and if the terms selected had the same meaning in other cultures, describing technical and theoretical aspects in different contexts. The expression “non judgmental”, for instance, was suggested as an explanation of neutrality. Specific words were adjusted, but without changing the meaning and purpose of each item. In the question that evaluates the use and amount of interpretations, less rigid cutoff points were suggested, as it could vary among different psychoanalytical approaches, resulting in 3 possible answers, but preserving the possible range of the item (0-5), aiming to maintain an equal participation of each domains in the final score. The resultant version was called Adherence to Psychoanalytic Technique Instrument (APT-I) (appendix 1), and is

now being carefully tested at our university, regarding reliability and discriminate power in psychoanalyses, psychoanalytically oriented therapy, cognitive behavioral-therapy and interpersonal therapy.

## **Discussion**

Aiming to improve knowledge with quantitative research in the psychoanalytic field, but without modifying traditional aspects of the method, developing reliable tools to describe and ensure the technique that is being tested is essential.

Without the ambition of answering completely the questions regarding the definition of psychoanalytic treatments, the APT-I intends to cover central aspects in a “possible impartial way”, regarding characteristics that should be present in a psychoanalytical treatment and those that should not. The APT-I is an easy instrument that could contribute to hybrid designs, considered by several authors to be appraisable in psychoanalytic research (Maat, Dekker et al. 2007).

The factor analysis of the APT-I revealed one unique factor that accounted for 78.61% of the total variance. The pattern of the items loading showed that each domain contributed highly and homogenously to the final score (factor), with an alpha coefficient of 0.81. This points the APT-I as a good alternative to access adherence to psychoanalytically oriented techniques, suggesting that it is in fact measuring typical aspects (domains) of such therapies. Nevertheless, this must be retested in other “typical” psychoanalytic interventions in different milieus.

The chosen cutoff point was useful in differentiating between sessions of psychoanalytic psychotherapy and of other techniques that were used in this sample. However, it is necessary to test this value in larger samples and in different

populations. Moreover, the testing and use of new cutoff points established by the researchers is possible for different research populations.

### Study Limitations

The construction of APT-I and the statistic tests performed up to the present moment represent only a first step of the creation and validation process of the research instrument.. Since questions about construct validity are never settled in a final order, and consist in an attempt to prove that what we intend to measure may actually be measured, it is very important to continue the validation process (Westen and Rosenthal 2005). We think that it is mandatory to retest present APT-I factorial solution in other studies, with greater samples, and using other statistical analysis, such as confirmatory factor analysis and item response theory.

### Clinical Implications

Studies show that there are many overlapping between different forms of psychotherapy. Therefore it is necessary to discriminate more accurately the specificity of each modality (Serralta, Pole et al. 2010). In this sense, the APT-I instrument may be relevant regarding the discrimination between the psychoanalytic psychotherapy and other forms of psychotherapy. Considering that the application of different forms of psychotherapy in the public health and university contexts is continuously increasing, instruments that are able to discriminate what is actually being done and its results is needed.

## **Conclusions**

The present study showed that the APT-I was a useful tool to verify key aspects of psychoanalytic technique in psychotherapy sessions in the studied sample. Moreover, this instrument is easy to use by clinicians in the psychotherapy research setting. Finally, aiming to improve the construct validity of the APT-I, the validation process should continue.

## References

- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *A J Psychiatry*. 2004; 161(9): 1665.
- Clarkin JF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 922
- Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practic As Res Evaluat*. 2005; 10(7): 1-9
- DeVillis RF. *Scale development: theory and applications*. 2 ed. London: SAGE Publications; 2003.
- Fabrigar LR. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychol Methods*. 1999; 4(3): 272-99
- Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. *Organ Res Methods*. 2004; 7(2): 191-205
- Hauch S, et al. Research in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: a new tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(3):290-301
- Hoglend P. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry*. 2008; 165(6): 763
- Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother*. 2007; 80(2): 217-28
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 1028-1216.
- Maat SD. The effectiveness of long-term psychotherapy: Methodological research issues. *Psychother Res*. 2007; 17(1): 59-65
- Serralta FB. The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychother Res*. 2010; 20(5): 564-75
- Wallerstein RS. Outcome Research. In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Amer Psychiatric Pub Inc; 2005. p. 301-15
- Westen D, Rosenthal R. Improving construct validity: Cronbach, Meehl, and Neurath's ship. *Psychol Assessment*. 2005; 17(4): 409

Table 1: Total variance explained – The eigenvalue for a given factor (hypothetical variable) measures the variance in all variables (observed) which is accounted for by that factor. If a factor has a low eigenvalue then it is contributing little to the explanation of variances in the variables and may be ignored as redundant with more important factors.

Eigenvalues		
Component	Total	% of Variance
1	3.930	78.608
2	.485	9.702
3	.290	5.797
4	.171	3.423
5	.124	2.470

Extraction method: principal components analysis.

Table 2: Component Matrix – The value reveals how much each item is relevant in the factor solution (values > 0,4 are considered relevant).

	Item loading
Neutrality	.859
Nature of interventions	.939
Use of interpretations	.848
Psychoanalytical theory use	.933
Ambience of the session	.850

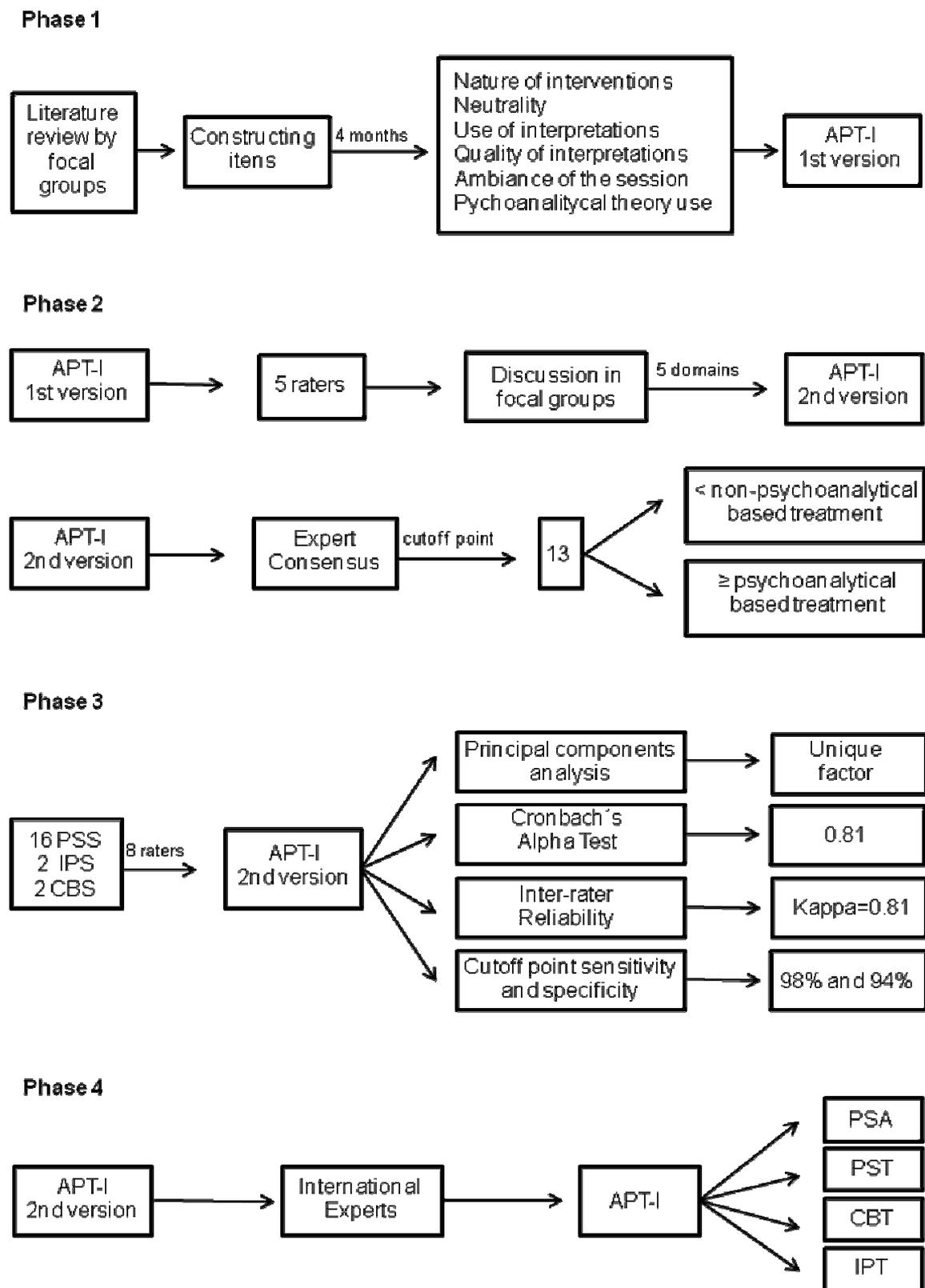


Figure 1 – Summarization of the methodology and the results.

Phase 1: Selection of the item pool; Phase 2: Preliminary Tests; Phase 3: Internal Consistence; Phase 4: Face Validity; APT-I: Adherence to Psychoanalytic Technique

Instrument; PSS: psychoanalytic session; CBS: cognitive-behavioral sessions; IPS: interpersonal sessions; PSA: psychoanalyses; PST: psychoanalytic oriented therapy; CBT: cognitive behavioral-therapy; IPT: interpersonal therapy.

## **6. Artigo 2**

### **Aplicação de um novo instrumento para avaliação de aderência à técnica psicanalítica**

**Ellen Alves de Almeida, Marianne de Aguiar Possa, Cláudio Laks Eizirik**  
(Artigo em processo de revisão)

**Sr. Editor**

Para o tratamento psicanalítico continuar relevante na época da medicina baseada em evidências e de sistemas de saúde, a evidência empírica é necessária para demonstrar a sua natureza única e sua efetividade (Blatt and Shahar 2004; Leichsenring and Rabung 2008). A ênfase nos tratamentos empiricamente validados tem elevado os ensaios clínicos randomizados ao nível de padrão-ouro para determinar a eficácia de modalidades terapêuticas, o que tem proporcionado que a psiquiatria seja cada vez mais dominada pelas neurociências, sendo que a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica estão em risco de serem sacrificadas caso métodos científicos não sejam desenvolvidos para que sua eficácia possa ser fortemente testada. Para isso, além de aferir de maneira adequada o desfecho, é necessário avaliar questões em relação ao processo psicanalítico. Para medir aderência à técnica em sessões de psicanálise e de psicoterapia psicodinâmica, a literatura propõe a utilização de tratamentos manualizados, o que traz enormes dificuldades, uma vez que esses tratamentos tendem a ser longos e suas técnicas dependem da criatividade e intuição do terapeuta (Gabbard, Gunderson et al. 2002). Nesse sentido, é imperativo o desenvolvimento de ferramentas que se proponham a medir aderência a parâmetros que garantam que a técnica utilizada em um estudo de efetividade é de fato psicanalítica sem a necessidade de manualização.

Diante disso, o Instrumento para Avaliação da Aderência de Sessões Psicanalíticas (IASP) foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o objetivo de avaliar a aderência à técnica psicanalítica, durante sessões de psicoterapia. A versão final resultante contém cinco itens, que englobam: neutralidade do terapeuta, natureza das intervenções, realização de interpretações, uso da teoria para compreensão do material, criação de espaços reflexivos e aspectos da relação paciente-terapeuta (Hauck, Crestana et al. 2008). Diante disso, o objetivo do presente estudo é avaliar a capacidade desse instrumento em diferenciar sessões de psicoterapia psicanalítica de sessões de terapia cognitivo-comportamental.

Foi realizado treinamento específico para aplicação do instrumento, com duração de 1h, em cinco avaliadores provindos de diferentes instituições do nosso meio. Tais avaliadores, posteriormente ao treinamento, realizaram a aplicação do instrumento em 25 sessões transcritas de psicoterapia psicanalítica e 15 sessões de TCC fornecidas por terapeutas em formação. O ponto de corte utilizado para definir uma sessão como psicanalítica foi maior ou igual a 13.

Os valores kappa obtidos pelos 5 pontuadores foram: 0,946 (avaliadores 1 e 2), 0,797 (avaliador 3), 1 (avaliador 4) e 0,896 (avaliador 5), sendo que o kappa conjunto foi de 0.8326. Além disso, a curva ROC (figura 1) para o ponto de corte mostrou que o valor 13,2 apresenta sensibilidade de 100% e especificidade de 100%, sendo, portanto, o valor de ponto de corte sugerido (tabela 1).

Assim, na amostra estudada, o instrumento mostrou-se útil na diferenciação entre psicoterapia psicanalítica e TCC e o ponto de corte utilizado parece estar adequado. Sugere-se o seguimento da avaliação da sua *performance* em amostras maiores e, posteriormente, a realização da sua validação.

## Referências

- Blatt SJ, Shahar G. Psychoanalysis With Whom, for What, and How? Comparisons With Psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc.* 2004; 52(2): 393-447
- Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59(6): 505
- Hauck S. et al. Research in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: a new tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness. *Rev Bras Psiquiatria.* 2008; 30: 293-294
- Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA.* 2008; 300(13): 1551

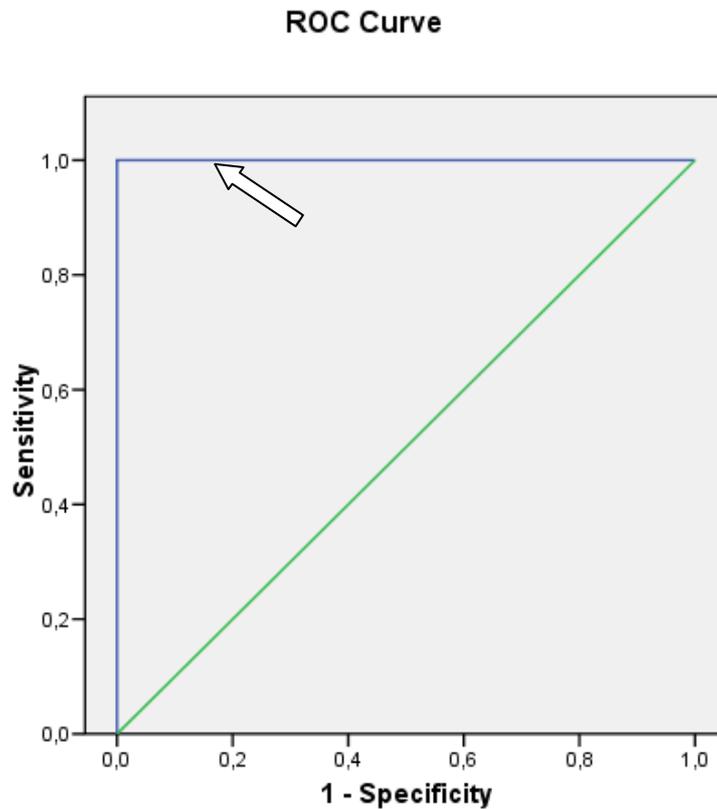


Figura 1 – Curva ROC para o ponto de corte na diferenciação entre sessões de psicoterapia analítica e TCC. A seta indica o ponto de sensibilidade e especificidade 100% (valor de ponto de corte 13,2)

## 7. Considerações Finais

- O presente estudo demonstrou que o IASP foi um instrumento útil em verificar aspectos fundamentais da técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia da amostra estudada, sendo de fácil aplicabilidade em *settings* de pesquisa nessa área.
- Apresentou uma boa capacidade de diferenciação entre sessões de psicoterapia psicanalítica e de terapia cognitivo-comportamental.
- Até o momento, na literatura, esse é o único instrumento criado com o propósito específico de verificar se uma sessão é, de fato, psicodinâmica.
- A montagem do instrumento e os testes estatísticos realizados até o momento são um primeiro passo em um processo complexo de criação e validação de um instrumento de pesquisa.
- Muitas das dificuldades encontradas até o momento são decorrentes de tratar-se de um constructo difícil de medir, uma vez que é extremamente subjetivo. Porém, tais dificuldades são as mesmas enfrentadas em toda a pesquisa em psicoterapia.
- Como esse é um estudo inicial, há a necessidade de realização de testes em amostras maiores para verificar se os resultados encontrados se mantêm. Além disso, há a necessidade de seguir o processo de validação, no qual se torna necessária a realização de outras análises estatísticas.

- Há, também, a necessidade de aplicação do instrumento em outros contextos e populações, a fim de verificar se há validade externa, uma vez que foram utilizadas sessões de terapeutas e avaliadores apenas do nosso meio.

## 8. Referências

- Abbass A, Kisely S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009; 78(5): 265-74
- Abbass AA, Hancock JT, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 4: CD004678
- Bachrach HM, Galatzer-Levy R, et al. (1991). On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 1991; 39: 871-916
- Blatt SJ, Shahar G. Psychoanalysis With Whom, for What, and How? Comparisons With Psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2004; 52(2): 393-447
- Bond MJ, Perry C. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(9): 1665.
- Clarkin JF, Levy KN, et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 922
- Cortina M. The Future of Psychodynamic Psychotherapy. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2010; 73(1): 43-56
- Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2005; 10(7): 1-9
- DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, Inc; 2003.
- Driessen E, Cuijpers P, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(1): 25-36
- Eizirik CL, Hauck S. Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 151-66
- Fabrigar LR, MacCallum RC, et al. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*. 1999; 4(3): 272-99
- Gabbard GO, Gunderson JC, et al. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(6): 505-10
- Grande T, Dilg R, et al. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*. 2006; 16(4): 470-85
- Hayton JC, Allen DG, et al. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*. 2004; 7(2): 191-205.
- Hoglend P, Bogwald KP, et al. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(6): 763
- Jones EE. *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale (NJ): Aronson; 2000.

- Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression:: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(3): 401-419.
- Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother*. 2007; 80(2): 217-28
- Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*. 2008; **300**(13): 1551
- Leichsenring F, Rabung S. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; **61**: 1028-1216
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, et al. How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long term effects on patients' well being: A representative, multi perspective follow up study. *Int J Psychoanal*. 2003; 84(2): 263-90
- Maat SD, Dekker J. The effectiveness of long-term psychotherapy: Methodological research issues. *Psychother Res*. 2007; 17(1): 59-65
- Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2003.
- Perroca MG, Gaidzinski RR. Assessing the interrater reliability of an instrument for classifying patients: kappa quotient. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2003; 37: 72-80
- Rudolf G, Manz R, et al. Results of psychoanalytic therapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. 1994; 40(1): 25
- Sandell R, Blomberg J, et al. Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockho. *Int J Psychoanal*. 2000; 81(5): 921-42
- Serralta FB, Pole N, et al. The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychother Res*. 2010; 20(5): 564-75
- Viana HB, Madruga VA. Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. *Lecturas, Educación Física y Deportes*. 2008; 116: 1-8
- Wallerstein RS. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 57(2): 195-205.
- Wallerstein RS. Psychoanalytic therapy research: Its history, its present status, and its projected future. *The Muriel Gardiner lecture, Yale University*. 2004; 30.
- Wallerstein RS. Outcome Research. In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Amer Psychiatric Pub Inc; 2005. p. 301-15.
- Westen D, Rosenthal R. Improving construct validity: Cronbach, Meehl, and Neurath's ship. *Psychological Assessment*. 2005; 17(4): 409

## Anexo 1:

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O TERAPEUTA

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de avaliar a aderência à técnica em psicoterapia psicanalítica em sessões realizadas nos pacientes em tratamento no Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica do Serviço de Psiquiatria do HCPA. Vamos pedir que você nos autorize a utilizar os dados das suas sessões transcritas de psicoterapia psicanalítica dos pacientes que você está atendendo, para fins de validação de um instrumento que visa verificar a aderência à técnica psicanalítica nas sessões de psicoterapia de orientação analítica. A sua identidade e nem a de seus pacientes será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu treinamento no Hospital de Clínicas.

Eu \_\_\_\_\_ fui informado dos objetivos acima descritos e do porquê estão sendo utilizadas as informações que vou fornecer de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador (a) \_\_\_\_\_ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do terapeuta: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Pesquisadores : Ellen Alves de Almeida – fone 92836530

Marianne Possa – fone 92453593

Simone Hauck – fone 91128585

Pesquisador responsável: Prof Cláudio Laks Eizirik – fone 98056077

## Anexo 2



# HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

## Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

### COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 08-499

**Versão do Projeto:** 27/11/2008

**Versão do TCLE:** 03/12/2008

#### **Pesquisadores:**

CLAUDIO LAKS EIZIRIK

ELLEN ALVES DE ALMEIDA

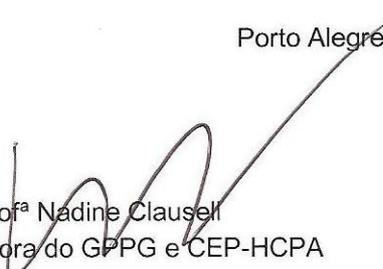
SIMONE HAUCK

MARIANNE DE AGUIAR POSSA

**Título:** VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DE ADERÊNCIA À TÉCNICA PSICANALÍTICA EM SESSÕES DE PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 03 de dezembro de 2008.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

### Anexo 3:

#### IASP

##### Instruções:

- O IASP é um instrumento desenvolvido para avaliar se uma sessão (gravada ou transcrita) pode ser considerada de base psicanalítica;
- É necessário para sua correta aplicação que o avaliador tenha conhecimento sobre a teoria psicanalítica, bem como alguma experiência em psicoterapia psicanalítica e/ou psicanálise;
- Embora alguns dos itens impliquem uma avaliação subjetiva das intervenções, os enunciados e formatos de resposta objetivam a maior homogeneização possível entre avaliadores com alguma experiência na área;
- As intervenções que objetivam explicitar aspectos da função psicológica (como mecanismos de defesa), o padrão de relação objetal (tanto transferencial, quanto extra-transferencial) e/ou o conteúdo inconsciente devem ser consideradas **interpretações**;
- Sugere-se destacar e enumerar as intervenções válidas antes de pontuar. Os cumprimentos inicial e final e a comunicação do término do tempo da sessão não devem ser consideradas;
- Salienta-se a importância de pontuar em cada item apenas o que está sendo avaliado; por exemplo, no item que avalia a quantidade de interpretações realizadas, não avaliar a qualidade e adequação da mesma;
- Para avaliar a **questão “D”** (uso da teoria psicanalítica na formulação das intervenções), considerar, além das interpretações, outros tipos de intervenção (pergunta, assinalamento, confrontação, esclarecimento ou informação) que, dentro do contexto da sessão, tiverem a intenção aparente de criar um espaço para a realização da interpretação. Por exemplo, assinalamentos que levem o paciente a trazer material relacionado ao conflito ou conectar o material trazido com este etc.;
- A **questão “E”** é composta pelos subitens “E1” e “E2”, que devem ser somados para obtenção do score nesse item;
- O ponto de corte sugerido para considerar uma sessão como psicanalítica é  $\geq 13$ , sendo 25 a pontuação máxima da escala.

<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>A)</b>	<b>B)</b>	<b>C)</b>	<b>D)</b>	<b>E)</b>	<b>Total=</b>
------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	---------------

##### Dados do avaliador:

( ) sexo masculino ( ) sexo feminino

Idade: \_\_\_ anos

( ) Psicoterapeuta ( ) Psicanalista ( ) Psicoterapeuta em formação

Anos de experiência em psicoterapia psicanalítica ou psicanálise: \_\_\_ anos

**A) Em relação ao tipo de intervenções realizadas, pode-se dizer que:**

- (0) O terapeuta realizou **exclusivamente** intervenções do tipo combinações, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.
- (1) O terapeuta realizou intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento, ou informação, mas **mais ou igual à metade ( $\geq 50\%$ )** de suas intervenções foram combinações, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.
- (2) O terapeuta realizou intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação, mas **mais ou igual a 25 % ( $< 50\%$ ) de suas intervenções foram** combinações, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.
- (3) O terapeuta realizou intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação, mas **2 ou mais ( $< 25\%$ )** intervenções foram combinação, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.
- (4) O terapeuta realizou intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação, mas **uma** de suas intervenções foi combinação, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.
- (5) O terapeuta realizou **exclusivamente** intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação.

**B) Em relação à neutralidade do terapeuta quanto à história do paciente, à transferência e à contratransferência, a pressões do mundo externo, aos valores do terapeuta e às teorias, e considerando neutralidade o esforço de ser não-julgador, pode-se dizer que:**

- (0) O terapeuta não manteve a neutralidade durante toda a sessão.
- (1) O terapeuta perdeu a neutralidade **em mais de 75%** de suas intervenções em relação a alguma das categorias acima ou perdeu a neutralidade por **duas ou mais vezes** em relação a questões de julgamento moral ou a exposição de opinião pessoal ou utilizou claramente exemplos de sua própria vida **duas ou mais vezes**.
- (2) O terapeuta perdeu a neutralidade **em mais de 50%** de suas intervenções em relação a alguma das categorias acima ou perdeu a neutralidade **em algum momento** em relação a questões de julgamento moral ou a exposição de opinião pessoal ou utilizou claramente um exemplo de sua própria vida.
- (3) O terapeuta perdeu a neutralidade **algumas vezes ( $< 50\%$  e  $\geq 25\%$ )** durante a sessão, sendo que não utilizou opinião ou julgamento pessoal ou exemplos de sua própria vida.
- (4) O terapeuta perdeu a neutralidade **poucas vezes ( $< 25\%$ )** durante a sessão, sendo que não utilizou opinião ou julgamento pessoal ou exemplos de sua própria vida.
- (5) O terapeuta manteve-se neutro durante toda a sessão.

**C) Em relação às interpretações, pode-se dizer que:**

- (0) O terapeuta não realizou nenhuma interpretação.
- (3) O terapeuta realizou **ao menos uma** interpretação, mas menos de 25% das suas intervenções foram interpretações.
- (5) Mais de  $\geq 25\%$  das intervenções do terapeuta foram interpretações.

**D) Em relação à elaboração das intervenções (interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação), e considerando o uso da teoria psicanalítica na investigação do conteúdo inconsciente e na preparação e construção das interpretações:**

(0) O terapeuta **não utilizou** dados da relação do paciente com o terapeuta (transferência), nem da sua reação a essa relação (contratransferência), nem avaliou o padrão de relacionamentos fora da sessão, nem dados do passado foram conectados com o presente, nem foi avaliado o funcionamento defensivo.

(1) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, avaliou o padrão de relacionamentos fora da sessão, relacionou a história atual e passada e/ou avaliou o funcionamento defensivo para a formulação de  $< 25\%$  suas intervenções.

(2) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, avaliou o padrão de relacionamentos fora da sessão, relacionou a história atual e passada e/ou avaliou o funcionamento defensivo para a formulação de  $\geq 25\%$  e  $< 50\%$  suas intervenções.

(3) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, avaliou o padrão de relacionamentos fora da sessão, relacionou a história atual e passada e/ou avaliou o funcionamento defensivo para a formulação de  $\geq 50\%$  e  $< 75\%$  suas intervenções.

(4) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, avaliou o padrão de relacionamentos fora da sessão, relacionou a história atual e passada e/ou avaliou o funcionamento defensivo para a formulação de  $\geq 75\%$  e  $< 100\%$  suas intervenções.

(5) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, avaliou o padrão de relacionamentos fora da sessão, relacionou a história atual e passada e/ou avaliou o funcionamento defensivo para a formulação de **todas** as suas intervenções.

**E) Quanto ao “clima” da sessão e à atitude do terapeuta:**

**E1)Clima da sessão:**

- (0) Predomina uma falta de sintonia entre paciente e terapeuta, dando a impressão de ausência de um bom entrosamento da dupla.
- (1) O entrosamento emocional entre paciente e terapeuta parece existir, mas não completamente.
- (2) Parece existir um total entrosamento entre terapeuta e paciente.

**E2)Atitude do terapeuta:**

- (0) Ao longo da sessão, o terapeuta claramente não proporcionou momentos reflexivos.
- (1) O terapeuta proporcionou poucos momentos reflexivos.
- (2) O terapeuta proporcionou momentos reflexivos na maior parte da sessão.
- (3) O terapeuta proporcionou momentos reflexivos ao longo de toda a sessão.

#### Anexo 4: Coordenadas da Curva ROC para ponto de corte

Test Result Variable(s): m\_Totais

Positive if Greater Than or Equal To(a)	Sensitivity	1- Specificity
4,8000	1,000	1,000
6,0000	1,000	,933
6,5000	1,000	,867
6,9000	1,000	,800
7,1000	1,000	,733
7,4000	1,000	,667
7,7000	1,000	,533
8,0000	1,000	,467
8,3000	1,000	,400
8,6000	1,000	,333
8,9000	1,000	,267
9,1000	1,000	,200
9,4000	1,000	,133
10,3000	1,000	,067
<b><u>13,2000</u></b>	<b><u>1,000</u></b>	<b><u>,000</u></b>
15,5000	,960	,000
16,3000	,920	,000
17,2000	,840	,000
17,8000	,760	,000
18,3000	,720	,000
18,5000	,640	,000
18,7000	,560	,000
19,0000	,440	,000
19,4000	,400	,000
19,7000	,360	,000
20,0000	,280	,000
20,3000	,240	,000
20,5000	,200	,000
21,0000	,160	,000
21,8000	,040	,000
23,2000	,000	,000

## **Anexo 5**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Serviço de Psiquiatria

Projeto de Pesquisa

### **VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DE ADERÊNCIA À TÉCNICA PSICANALÍTICA EM SESSÕES DE PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA**

Autora: Dra. Éllen Alves de Almeida

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Eizirik

**Local de Origem:**

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Programa de Psicoterapia de Orientação Psicanalítica  
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Local de Realização:**

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Programa de Psicoterapia de Orientação Psicanalítica  
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Endereço para correspondência:** Dra. Éllen Alves de Almeida  
Rua: Felipe Neri, 366 sala 204

Porto Alegre-RS  
Fone: 92836530

## Introdução

A psicanálise e a psicoterapia analítica têm suas raízes no trabalho realizado por Freud, que, a partir da observação de pacientes psiquiátricos e da aplicação sistemática do método analítico, fundou a psicanálise como ciência no início do século XX. Ao longo dos anos, a evolução dos conceitos descobertos por Freud e dos preceitos técnicos por ele propostos propiciou um extenso conhecimento sobre os processos mentais, com a aquisição de ferramentas importantes para o alívio de sintomas, diminuição do sofrimento, melhora da qualidade das relações interpessoais, desenvolvimento da criatividade e aumento da capacidade de adaptação dos pacientes. Apesar de a extensa experiência clínica validar plenamente o método, estudos controlados em psicanálise são ainda incipientes. O mesmo não se aplica à psicoterapia psicanalítica, cuja eficácia foi comprovada em diversos ensaios clínicos que avaliaram sua efetividade no tratamento de psicopatologias específicas [1], [2], [3].

Porém, perante o surgimento de tratamentos que seriam eficazes em menor espaço de tempo e com menor custo, possibilitando assim o tratamento de uma série de psicopatologias, a técnica psicanalítica tem tido seu papel questionado. No entanto, vale lembrar que um número significativo de pacientes permanece com sintomas residuais e que os objetivos da técnica psicanalítica transcendem a melhora sintomática, visando ampliar a capacidade adaptativa e modificar a estrutura da personalidade, mediante o aumento das capacidades da mente e do conhecimento sobre si.

Além disso, sabe-se que, embora a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica sejam baseadas nos mesmos preceitos teóricos, os objetivos de uma análise e de uma psicoterapia psicanalítica são claramente diferentes e nem sempre é simples distinguir, na prática, uma da outra. Isso porque há uma superposição das características de uma e de outra em um *continuum* em que em um pólo está a psicanálise e em outro a psicoterapia psicanalítica, com áreas em que a diferenciação

entre as duas nem sempre é facilmente realizável [4], [5]. [6]. Enquanto a psicanálise busca a elaboração do conflito primário através da intensificação da neurose de transferência, obtida através de tratamentos mais longos, do uso do divã, de uma frequência das sessões de três a cinco vezes por semana e do uso predominantemente de interpretações transferenciais, a psicoterapia tem objetivos diferentes. A conflitiva primária é certamente foco de atenção na psicoterapia, mas na tentativa de compreendê-la dentro do contexto do desenvolvimento da personalidade do paciente. Seu objetivo é instrumentalizar melhor o indivíduo pela ampliação do entendimento sobre seu funcionamento, resultando no uso de um padrão defensivo mais maduro e na melhora do padrão de relações objetais. Além disso, embora diversos transtornos psiquiátricos obtenham notáveis benefícios com tratamento analítico (por exemplo, transtorno da personalidade obsessiva, evitativa, histérica e narcisista), sua indicação se estende a pessoas sem um diagnóstico psiquiátrico formal, mas que apresentam aspectos disfuncionais em sua vida diária. Assim, o diagnóstico clínico é uma das variáveis a ser considerada, mas não a única e nem necessariamente a mais importante.

Por definição, a psicanálise em si é uma ciência com métodos próprios de investigação. No entanto, em um contexto em que evidências científicas tornaram-se centrais na escolha dos tratamentos, a inclusão de metodologias de pesquisas que não faziam parte do método analítico tornou-se necessária. Porém, são evidentes as limitações do uso do modelo de ensaio clínico randomizado na pesquisa em psicanálise. Padronizando-se o método a fim de garantir a validade interna, restringe-se a técnica e afasta o tratamento daquele aplicado na realidade. Porém, a busca por uma maneira confiável de pesquisar resultados em psicanálise e a necessidade de dialogar com outras ciências que têm trazido tantas contribuições para a psiquiatria, como a psicofarmacologia, a neurociência e outras formas de psicoterapia, faz como que o meio psicanalítico se habitue gradualmente com essas novas metodologias em pesquisa.

Desde a década de 90, importantes contribuições têm sido feitas, por meio de estudos de seguimento e ensaios clínicos. Dentre os principais estudos realizados, as pesquisas publicadas por Rudolf e colaboradores [7], [8], no chamado “estudo de Berlim III A e B”, evidenciaram eficácia da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica em reduzir sintomas psíquicos e corporais e traços narcísicos, além de melhorar os relacionamentos interpessoais e o teste de realidade. Publicado em 1996, o estudo de Heidelberg, um estudo prospectivo com 208 pacientes em diferentes modalidades de tratamento analítico, evidenciou melhora da sintomatologia, dos objetivos individuais de tratamento, da avaliação psicológica e da satisfação com o tratamento [9]. Leuzinger-Bohleber e colaboradores [10], ao avaliarem 401 pacientes, 6,5 anos após o término da psicanálise ou da psicoterapia, encontraram 70 a 80% de boas e estáveis mudanças psíquicas nos dois grupos. O *Stockholm Outcome Psychotherapy Project* (STOPP) [11] obteve, dentre os resultados de um acompanhamento de 3 anos de 331 pacientes em psicoterapia psicanalítica e de 74 em psicanálise, a associação da redução de sintomas com a frequência e duração do tratamento, tendo os pacientes em psicanálise obtido os melhores resultados.

Além disso, a eficácia da utilização de aplicações do modelo psicanalítico em tratamentos breves manualizados de uma série patologias específicas já foi sistematicamente comprovada, mas a problemática do uso da manualização e do modelo clássico de eficácia na investigação da efetividade dos tratamentos psicanalíticos “tradicionais” tem sido sistematicamente questionada. Modelos híbridos, que se utilizem do desenho naturalístico, mas seguindo parâmetros que visem garantir a validade interna, têm sido sugeridos como uma opção válida.

Nesse sentido, e em meio ao surgimento dos diversos paradigmas técnicos que os desenvolvimentos da psicanálise têm trazido, é imperativo o desenvolvimento de ferramentas que se proponham a medir aderência a parâmetros que garantam que a técnica utilizada em um estudo de efetividade é de fato psicanalítica sem a necessidade de manualização [13]. Em 1985, Enrico Jones

desenvolveu um instrumento com o propósito de investigar o papel de diferentes fatores envolvidos no processo terapêutico, o *Psychotherapy Process Q-Set (PQS)* que foi publicado alguns anos depois [14]. O PQS possui 100 itens que abrangem uma variedade de aspectos do tratamento. Esse instrumento é aplicável a sessões gravadas (áudio ou vídeo), promovendo uma descrição detalhada do processo terapêutico. Porém, para sua utilização é necessário treinamento prévio e uma considerável disponibilidade de tempo, o que dificulta seu uso em pesquisas. Assim, nossa proposta é criar um instrumento mais curto e menos complexo, de mais fácil utilização e com menor custo para fins de pesquisa. Com esse objetivo, está sendo desenvolvido o Instrumento para Avaliação de Sessões Psicanalíticas (I-ASP). O I-ASP pretende avaliar os seguintes parâmetros com a intenção de garantir que uma sessão (gravada, filmada ou dialogada) é de fato psicanalítica: neutralidade do terapeuta, natureza das intervenções, quantidade e qualidade das interpretações, uso da teoria para compreensão do material, criação de espaços reflexivos e aspectos da relação paciente-terapeuta (anexo 1). Até o momento, foram realizados testes preliminares que estão possibilitando ajustes na versão final.

## **2. Justificativa**

Como mencionado, a área de pesquisa em psicoterapia está em progressivo desenvolvimento, carecendo, porém, de instrumentos, para fins de pesquisa, que permitam medidas objetivas quanto à utilização da técnica. Com esse intuito, justifica-se ser realizada a validação dos instrumentos de pesquisa existentes com o intuito de mensurar a aderência à técnica psicanalítica para que, após, possa ser utilizado em pesquisas que visem medir resultados das psicoterapias de orientação analítica.

### **3. Objetivos**

**3.1 Primário:** Validar um instrumento que está sendo criado no nosso hospital para avaliar a aderência do terapeuta à técnica psicanalítica na realização das sessões de psicoterapia de orientação analítica para fins de pesquisa, mediante a avaliação da confiabilidade (análise fatorial, alfa de Cronbah's), validade discriminante, confiabilidade inter-avaliadores, teste e reteste e validade concorrente.

#### **3.2 Secundários:**

- Avaliar se há diferença entre a pontuação do instrumento em sessões de início, meio e fim de tratamento. Além disso, avaliar se há diferenças significativas na pontuação do instrumento entre avaliadores com maior tempo de formação e, conseqüentemente, maior experiência. Deseja-se comparar, também, se existe diferença especificamente entre sessões de psicoterapia e psicanálise mensurada pelo instrumento.

### **4. Materiais e métodos**

#### **Amostra**

Pretende-se utilizar sessões transcritas de psicoterapia de orientação analítica cedidas por terapeutas em formação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre realizadas no ambulatório de psicoterapia desse hospital; sessões transcritas de psicanálise cedidas por psicanalistas associados à Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre; sessões de Terapia Interpessoal cedidas por terapeutas em formação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre realizadas no ambulatório de Transtornos do Humor desse hospital e sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental cedidas por terapeutas treinados nessa técnica vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As sessões transcritas não permitirão a identificação dos pacientes, tendo-se o cuidado de alertar os terapeutas que cederem sessões para que alterem qualquer dado que possa

identificar os pacientes. Os terapeutas assinarão consentimento informado assim que fornecerem as sessões transcritas.

### **Delineamento**

O instrumento a ser validado será aplicado em 50 sessões de psicoterapia de orientação analítica fornecidas por terapeutas em formação do Serviço de Psiquiatria do HCPA, mediante consentimento informado, por 2 avaliadores (N de 50 sessões transcritas calculado a partir do número de itens do instrumento). Será repetida a aplicação do instrumento pelos mesmos avaliadores nas mesmas sessões 3 semanas após. Os avaliadores não poderão comunicar-se entre si no período de avaliação. Posteriormente à etapa de pontuação, será realizada análise estatística dos dados. Os dados obtidos serão colocados em um banco de dados para que se possam realizar as análises estatísticas (análise fatorial, alfa de Cronbach's, kappa). [16]

Em uma segunda etapa, serão escolhidas sessões transcritas de diferentes técnicas (TCC e TIP) que serão submetidas à aplicação do instrumento, para evidenciar se há adequada discriminação entre as técnicas. Dois avaliadores pontuarão cada sessão. O N será de 50 sessões (25 sessões de TCC e 25 sessões de TIP).

Em uma terceira etapa, será feita comparação entre itens de um instrumento pré-existente, o *Psychotherapy Process Q-Set*, com o nosso instrumento para avaliar a validade concorrente. Serão comparados itens em comum com o nosso instrumento, pontuando as mesmas sessões de psicoterapia analítica com os dois instrumentos.

Para atingir os objetivos secundários, serão avaliadas sessões de terapeutas com diferentes níveis de formação (residentes e terapeutas com mais de 3 anos de experiência; sessões de diferentes momentos do tratamento (início, meio e final) provindas do ambulatório e sessões de psicanálise fornecidas por membros da sociedade psicanalítica de Porto Alegre.

## **5. Aspectos Éticos**

Não haverá influência negativa do estudo no tratamento dos pacientes. Os dados serão inseridos no banco de dados sem a possibilidade de identificação posterior do paciente, médico assistente ou supervisor após a conclusão do estudo, desde que o terapeuta concorde em participar do estudo, assinando, em separado, termo de consentimento informado (anexo 1). O terapeuta poderá se negar a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem prejuízo ao seu tratamento ou treinamento no HCPA.

O atual projeto foi aprovado pelos Comitês de Pesquisa e de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Projeto GPPG número 08-499).

## **6. Análise Estatística**

A análise dos dados será realizada através do SPSS 16, com o auxílio do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação desse hospital, após a aprovação do projeto. O plano é que semestralmente a análise estatística seja realizada com o auxílio da equipe do GPPG. As análises a serem realizadas são as descritas nos materiais e métodos.

## **7. Cronograma**

Revisão bibliográfica ao longo de todo o período. Coleta das sessões a serem pontuadas já realizadas.

Realizar, de janeiro de 2009 a julho de 2009, pontuação das sessões, criação de banco de dados e análise estatística.

Agosto de 2009 a outubro de 2009 realização do primeiro artigo com os resultados obtidos em relação à validação (objetivos primários).

Outubro de 2009 a janeiro de 2010, aplicação do instrumento em sessões de terapeutas em diferentes níveis de formação, momentos distintos do tratamento, criação de banco de dados e análise estatística.

Fevereiro de 2010 a maio de 2010, aplicação dos instrumentos em sessões de psicanálise comparando com sessões de psicoterapia analítica, criação de banco de dados e análise estatística.

Junho de 2010 a Agosto de 2010 realização de artigo com os resultados obtidos nessas comparações (objetivos secundários)

**Em andamento no momento:**

.  
- Já foi realizada a coleta das dialogadas a serem pontuadas e distribuição aleatória entre os avaliadores.

**6. Orçamento** (Anexo 2)

## 7. Bibliografia

[1] Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Archives of general psychiatry*. 2002 Jun;59(6):505-10.

[2] Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatr*. 2004;61:1028-216.

[3] Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and psychotherapy*. 2007 Jun;80(Pt 2):217-28.

[4] Wallerstein RS. Psiconálisis y psicoterapia: una perspectiva historica. *Libro Anual de Psiconálisis*; 1989. p.299-326.

[5] Machado S CEP, Vasconcelos MCG. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 1998.

[6] Wallerstein RS, Outcome research. In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005. p.301-15.

[7] Rudolf G. Berlin Psychotherapy Study. In: Beutler LE, Crago M. *Psychotherapy Research: an international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychological Association; 1991: 185-193.

[8] Rudolf G, Manz R, Ori C. Results of psychoanalytic therapy. *Z Psychosom Med Psychoanal*. 1994; 40(1): 25-40. German.

[9] Von Rad M, Senf W, et al. Psychotherapie and psychoanalyse in der Krakenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnesenprojektes. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1998; 48 (3-4): 88-100.

[10] Leuzinger- Bohleber M, Stuhr U, Rürger B, Beutel M. How to study the "quality of psychoanalytic treatments" and their long-term effects on patients well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal.* 2003 Apr; 84 (Pt 2): 263-90.

[11] 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). *Int J Psychoanal.* 2000 Oct; 81 (Pt 5): 921-42.

[12] Maat Sd, Dekker J, Schoevers R, Jonghe Fd. The effectiveness of long-term psychotherapy: Methodological research issues. *Psychotherapy Research.* 2007;17(1):59-65.

[13] Eizirik CL, Hauck S. Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica. In: Cordioli AV, ed. *Psicoterapias.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed 2007.

[14] Jones, E.E. *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy.* Northvale: Jason Aronson. 2000.

[15] Hauck S, Crestana T, Mombach C, Almeida EA, Eizirik CL. Pesquisa em Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: um novo instrumento para avaliação de aderência à técnica em estudos de efetividade. *Rev Bras Psiquiat.* 2008; 30 (3): 290-301

[16] DeVellis RF. *Scale Development - Theory and Applications.* Second Edition. (Applied social research methods series; v. 26). 2003.

(Anexo 1)

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O TERAPEUTA

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de avaliar a aderência à técnica em psicoterapia psicanalítica em sessões realizadas nos pacientes em tratamento no Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica do Serviço de Psiquiatria do HCPA. Vamos pedir que você nos autorize a utilizar os dados das suas sessões transcritas de psicoterapia psicanalítica dos pacientes que você está atendendo, para fins de validação de um instrumento que visa verificar a aderência à técnica psicanalítica nas sessões de psicoterapia de orientação analítica. A sua identidade e nem a de seus pacientes será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu treinamento no Hospital de Clínicas.

Eu \_\_\_\_\_ fui informado dos objetivos acima descritos e do porquê estão sendo utilizadas as informações que vou fornecer de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador (a) \_\_\_\_\_ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do terapeuta: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

---

Pesquisadores : Ellen Alves de Almeida – fone 92836530

Marianne Possa – fone 92453593

Simone Hauck – fone 91128585

Pesquisador responsável: Prof Cláudio Laks Eizirik – fone 98056077