



ARTIGO ORIGINAL

Desistência e Conclusão em Psicoterapia Psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil*

Simone Isabel Jung^a
Fernanda Barcellos Serralta^b
Maria Lucia Tiellet Nunes^c
Cláudio Laks Eizirik^d

- ^a Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas – Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora e supervisora do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Professora do curso de Especialização na Relação Pais-Bebê do ITI – Instituto de Terapias Integradas de Porto Alegre.
- ^b Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas – Psiquiatria pela UFRGS. Professora do curso de graduação e do Mestrado em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).
- ^c Psicóloga. Doutora em Psicologia: Tratamento e Prevenção, Freie Universität Berlin, Alemanha. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). 2ª vice-presidente da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos.
- ^d Médico psiquiatra. Doutor em Medicina: Ciências Médicas (UFRGS). Professor associado III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do corpo clínico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

* Este artigo faz parte da Tese de Doutorado da autora “a”, Abandono em psicoterapia; um estudo qualitativo, defendida no PPG em Psiquiatria na UFRGS em 10/11/2013 com conceito A. Orientador: Cláudio Laks Eizirik; coorientadora: Maria Lucia Tiellet Nunes.

Em versão reduzida, este estudo foi apresentado e premiado com o prêmio Celg em Psicoterapia na XXVII Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica, realizada no período de 11 a 13 de setembro último em Canela/RS.

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2400, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Este estudo compara o início e o fim do tratamento de pacientes classificados por seus psicoterapeutas como pacientes desistentes (D) e pacientes que concluíram a psicoterapia psicanalítica (PP). O objetivo do estudo é entender os fatores associados com o término unilateral e a conclusão da psicoterapia em uma clínica de psicoterapia psicanalítica comunitária ligada a um curso de pós-graduação em PP. Trata-se de um estudo qualitativo que examina o conteúdo de entrevistas iniciais e pós-tratamento de 10 casos de PP, cinco desistentes e cinco que concluíram o tratamento. O corpus analisado contava 236 páginas e gerou 672 unidades de registro, agrupadas em oito categorias, cinco das entrevistas iniciais e três das entrevistas pós-tratamento. Em comparação com o grupo C, no início da terapia, pacientes do grupo D mostravam objetivos menos amplos, menor disposição para a mudança e menor capacidade de *insight*, maior percepção negativa de tratamentos anteriores, mais transferência negativa e mais resistência. As entrevistas pós-tratamento indicaram que, durante a terapia, os pacientes que concluíram o tratamento tinham menor resistência que os desistentes. Além disso, após a terapia, pacientes que concluíram o tratamento se mostraram mais satisfeitos com os resultados e exibiram benefícios mais efetivos, como a habilidade de continuar a trabalhar questões psicológicas por si próprios. Tomados juntos, os resultados oferecem hipóteses para os fenômenos complexos da desistência e conclusão em PP. Essas hipóteses devem ser consideradas levando-se em conta as limitações metodológicas do estudo. Outros estudos são necessários para uma melhor compreensão das razões da interrupção e conclusão da terapia psicanalítica.

Palavras-chave: Desistência de pacientes. Terapia psicanalítica. Pesquisa qualitativa. Serviços de saúde mental.

Abstract

This paper compares beginning and end of treatment of patients who were classified by their therapists either as dropouts (D) or completers (C) in psychoanalytic therapy (PT). The study aims to understand factors associated with unilateral termination and completion of therapy in a community PT clinic related to a post-graduation PT course. This is a qualitative study that examined the content of initial and post-treatment interviews of 10 PT cases, five dropouts and five completers. The analyzed corpus comprised 236 pages and generated 672 record units, grouped into 8 categories, 5 from initial and 3 from after-treatment interviews. In comparison to C, at the beginning of therapy, D patients showed less broad objectives, less willingness to change and less insight, more negative perception of previous treatments, more negative transference and more resistance. Post treatment interviews indicated that during therapy

completers were less resistant than dropouts. Also, after therapy C were more satisfied with results and exhibited more effective benefits, like the ability to continue working thought psychological issues by their own. Taking together, results offer hypotheses for the complex phenomena of the dropout and completion in PT. These hypotheses may be considered taking into account the methodological limitations of the study. Others studies are needed to better understand reasons for interruption or completion of psychoanalytic therapy.

Keywords: Patients dropout. Psychoanalytic therapy. Qualitative research. Mental health services.

Introdução

Para entender por que um número significativo de pacientes de diferentes abordagens psicoterapêuticas desiste da psicoterapia, é necessário saber quais fatores distinguem os pacientes que concluem o tratamento com sucesso dos que desistem prematuramente e como esses fatores ocorrem. Na literatura, não há consenso sobre a definição de desistência do tratamento^{1,2}. Em sua maioria, as definições são divididas em duas categorias: não comparecer à última sessão marcada ou interromper a psicoterapia antes de um certo número de sessões ou um limite de tempo¹. O interesse deste estudo recai sobre o fenômeno da desistência tardia, ou seja, casos de pacientes que iniciaram a psicoterapia psicanalítica (PP) e a mantiveram por pelo menos 28 sessões (ponto de corte baseado no estudo de dose-efeito de Howard, Kopta, Krause e Orlinsky³) e, em seguida, por alguma razão, decidiram interromper o tratamento contrariamente à recomendação do psicoterapeuta. As diversas abordagens psicoterápicas frequentemente diferem em termos de objetivos, duração, definição de desistência e critérios de sucesso do tratamento⁴. A PP busca a compreensão da vida mental inconsciente do paciente tendo como foco a análise das defesas, da transferência e contratransferência, da resistência e dos conflitos⁵. Em geral, a PP não tem limite de tempo (exceto em abordagens breves), sendo considerada uma psicoterapia de longo prazo voltada ao *insight* que termina idealmente quando paciente e psicoterapeuta concordam que os objetivos foram atingidos. Entre os fatores que indicam o sucesso do tratamento estão: mudanças na qualidade das relações de objeto⁶ e em representações do *self* e dos outros, elaboração de padrões repetitivos de relações interpessoais, aumento da mentalização, internalização do processo terapêutico⁷ e maior capacidade de pensar sobre si mesmo⁸.

Em um estudo sobre resultados de PP conduzido em nosso país, Jung, Nunes e Eizirik descobriram⁹, em uma amostra naturalística de 34 pacientes de uma clínica comunitária, que apenas cinco participantes concluíram o tratamento. Nesta pesquisa buscamos compreender, nesta amostra, os fatores associados ao término unilateral e à conclusão da PP.

Investigações focadas em variáveis dos pacientes encontraram diferentes fatores associados à desistência, tais como aliança terapêutica, capacidade de atingir *insights*, *status* socioeconômico, o nível

educacional, expectativas dos pacientes, diagnóstico psiquiátrico, motivação, entre outros¹⁰⁻¹⁴. No entanto, a diversidade de métodos e a operacionalização do fenômeno da desistência dificultam a generalização de tais achados. Além disso, alguns dos resultados não se confirmam em novas pesquisas, e mostram que variáveis pré-tratamento (demografia, gravidade dos sintomas e funcionamento global, por exemplo) não diferenciam os pacientes que desistem dos que concluem o tratamento em algumas modalidades de psicoterapia, tais como terapia cognitivo-comportamental¹⁵, terapia interpessoal¹⁵, terapia experimental¹⁵, terapia interpretativa de tempo limitado¹⁴ e terapia psicodinâmica breve¹⁶.

Aparentemente, algumas variáveis de processo estão mais fortemente associadas à desistência. Em comparação aos que completam o tratamento, os pacientes que desistem apresentam uma aliança terapêutica mais fraca^{14,15,17,18}, menor disposição a iniciar o tratamento¹⁹, mais barreiras à psicoterapia¹⁵, menores níveis de *insight*¹³, menor capacidade para o trabalho dinâmico e menor engajamento para a exploração de seus problemas¹⁴.

Deve-se destacar que a PP conta com menor número de estudos publicados que outras abordagens, não apenas no Brasil, onde foi conduzida esta pesquisa, mas também ao redor do mundo²⁰. Além do mais, os poucos estudos sobre desistência em PP que encontramos no Brasil são investigações quantitativas conduzidas em serviços universitários, sendo que os psicoterapeutas ainda são estagiários, e não profissionais habilitados. No cenário internacional, a maioria dos estudos sobre a desistência são realizados com amostras de outras modalidades psicoterapêuticas. Entre os estudos que incluem psicoterapias psicodinâmicas, psicoterapias breves são estudadas com maior frequência que psicoterapias de longo prazo. Logo, esperamos lançar alguma luz sobre o ainda obscuro fenômeno da desistência e conclusão em PP.

Método

Participantes

Participaram da investigação dez pacientes de PP adultos classificados por seus psicoterapeutas como desistentes (grupo D) ou como concluintes (grupo C), entre seis e 24 meses antes da inclusão no estudo. Os participantes foram selecionados de uma base de dados contendo 34 pacientes anteriormente estudados (ver Jung, Nunes e Eizirik⁹ para maiores detalhes). Os cinco pacientes do GD foram escolhidos aleatoriamente entre 24 pacientes do banco que frequentaram pelo menos 28 sessões de psicoterapia. O GC foi composto por todos os pacientes do banco de dados (5) que haviam completado a PP.

Os participantes do grupo D eram mulheres adultas com média de idade de 31 anos (DP = 5,52) no início do tratamento e de nível socioeconômico de médio a baixo. Quatro eram solteiras, duas possuíam educação superior completa e três haviam concluído o ensino médio. Duas faziam psicoterapia na modalidade de duas sessões por semana e as outras na de uma. A duração média do tratamento foi de 11,8 meses (DP = 4,76).

Os participantes do grupo C consistiam em mulheres adultas com média de idade de 35,4 anos (DP = 6,23) no início da psicoterapia e com níveis socioeconômicos de médio a baixo. Quatro eram casadas, uma possuía educação superior completa, três educação superior incompleta e uma o ensino médio completo. Uma paciente frequentou a psicoterapia uma vez por semana e as outras, duas vezes. A duração média do tratamento foi de 31,8 meses (DP = 9,18).

A psicoterapia foi conduzida na clínica de PP do ESIPP (Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica), uma instituição localizada em Porto Alegre, Brasil, cujo propósito consiste em oferecer formação especializada em PP. A psicoterapia foi orientada para o *insight*, face a face e não manualizada.

As psicoterapeutas do grupo D eram profissionais do sexo feminino das áreas da psicologia (n=4) e medicina (n=1) com média de idade de 41,6 anos (DP = 9,45) e 2,8 anos (DP = 1,64) de experiência em psicoterapia. Os cinco psicoterapeutas que trataram os participantes do grupo C eram profissionais da área da psicologia (um do sexo masculino e quatro do feminino) com média de idade de 38,8 anos (DP = 10,7) e três anos de experiência em psicoterapia (DP = 1,22).

Desenho do estudo, instrumentos e coleta de dados

Trata-se de um estudo naturalístico com metodologia qualitativa exploratória. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil (20035).

A entrevista inicial das participantes (primeira sessão) foi aberta, encontrada nos arquivos da instituição. Ela foi transcrita de memória (“entrevista dialogada”) pelo psicoterapeuta. Embora reconheçamos não ser esse o método ideal de coleta de dados para pesquisas empíricas, ele representa a maneira usual com que são mantidos os registros em clínicas ambulatoriais de PP no Brasil e em outros países. As entrevistas pós-término de tratamento foram semiestruturadas com o objetivo de coletar informações sobre o fim do tratamento, a razão da interrupção, a relação terapêutica e os resultados obtidos. Essas entrevistas foram conduzidas pelo primeiro autor deste artigo com uma duração média de 45 minutos, registradas em áudio e transcritas.

Análise de dados

Todas as entrevistas foram examinadas de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin²³. No estágio inicial da análise, o primeiro autor realizou uma leitura detalhada das entrevistas. No segundo passo, os autores selecionaram as unidades de registro (URs), ou seja, fragmentos significativos do discurso dos pacientes. Essas URs foram agrupadas por temas semelhantes, gerando categorias temáticas a posteriori. Dois juízes independentes com experiência no método de análise de conteúdo avaliaram a pertinência das URs nas categorias propostas. O último passo consistiu no processamento e interpretação de dados.

Resultados e discussão

O *corpus* das entrevistas iniciais gerou cinco categorias e 16 subcategorias que estão resumidas na tabela 1. Os participantes serão designados como D1, D2, D3, D4, D5 (grupo D – desistentes) e C6, C7, C8, C9, C10 (grupo C – que concluíram o tratamento).

Tabela 1 – Categorias do início da psicoterapia

Categorias	Subcategorias	Grupo D		Grupo C	
		UR	FR	UR	FR
Categoria A	A.1 Relações interpessoais	34	20,9%	25	22,4%
Motivo da procura	A.2 Espectro depressivo	32	19,8%	5	4,5%
	A.3 Controle de impulsos	5	3,1%	6	5,4%
Categoria B	B.1 Resolver o passado	5	3,1%		
Objetivos e expectativas	B.2 Apoio e orientação	7	4,3%		
	B.3 Mudanças internas	11	6,8%	12	10,7%
	B.4 Mudanças interpessoais			3	2,7%
	B.5 Orientação profissional			1	0,9%
Categoria C	C.1 <i>Insight</i>	15	9,3%	25	22,4%
Disposição para mudança	C.2 Resistência	17	10,4%	7	6,2%
	C.3 Disponibilidade de tempo	5	3,1%	5	4,5%
	C.4 Encaminhamento	7	4,3%	2	1,7%
Categoria D	D.1 Avaliação	5	3,1%	4	3,5%
Tratamento anterior	D.2 Razões para término	4	2,5%	5	4,5%
Categoria E	E.1 Positiva	5	3,1%	10	8,9%
Transferência	E.2 Negativa	10	6,2%	2	1,7%
Total		162	100%	112	100%

UR = unidade de registro, FR = frequência

Categoria A. Motivo da procura

Participantes de ambos os grupos mencionaram que haviam procurado psicoterapia por problemas de relacionamento (subcategoria A.1), especialmente com companheiros, membros da família, amigos e colegas de trabalho. Por exemplo: “Fui casada por sete anos... nos dávamos muito bem, mas agora o relacionamento está difícil. Não sei se não é melhor me separar” (C7). Essa foi a subcategoria com maior

frequência de URs em ambos os grupos, o que corrobora os achados de outros estudos²¹ de que problemas com relacionamentos são uma razão importante para a busca de psicoterapia. Os relacionamentos interpessoais são também um dos principais focos da PP²².

As pacientes também mencionaram dificuldades e sintomas do espectro depressivo (subcategoria A.2), tais como tristeza, depressão, sentimentos de solidão, baixa autoestima e sensação de vazio. “Eu me sinto muito triste, é uma tristeza aqui dentro que eu realmente não sei como explicar” (D1). Sintomas do espectro depressivo foram mais frequentemente mencionados por participantes do grupo D que do grupo C. Como foi comprovado em outras investigações, pacientes deprimidos tendem a ter mais dúvidas sobre a psicoterapia e requerem maior persuasão inicial para se engajarem efetivamente no tratamento²³.

Dificuldades de controle de impulsos (subcategoria A.3) também foram mencionadas por duas participantes em cada grupo. “Eu lido muito mal com minha raiva. Geralmente eu não sei como lidar com ela. Isso me assusta” (C9).

Categoria B. Objetivos e expectativas

Apesar de a entrevista inicial ser aberta, descobrimos que todos os psicoterapeutas questionavam diretamente os objetivos e as expectativas das pacientes com o tratamento. Duas pacientes do grupo D referiram como objetivo abordar questões passadas (subcategoria B.1), como esquecer eventos traumáticos e examinar problemas não abordados em tratamentos anteriores: “Eu fiz tratamento antes... queria ver o que faltou” (D2). Quatro participantes desse grupo disseram que queriam falar, ouvir e receber apoio e orientação do psicoterapeuta (subcategoria B.2): “Eu tentei fazer terapia antes... esperava que ela fosse me falar o que eu tinha que fazer e ela só me escutava! Eu queria respostas!” (D2). No grupo C não houve referências a essas duas subcategorias.

Mudanças internas (subcategoria B.3) incluem a meta de buscar autoconhecimento, aumentar a autoestima, desenvolver a capacidade de estar só, controlar impulsos, ter maior autonomia e liberdade. Tais objetivos e expectativas foram relatados por quatro pacientes do grupo D e por todas do grupo C: “Quero ter mais autocontrole” (D1). Pacientes que concluíram o tratamento possuíam expectativas mais ambiciosas de realizarem mudanças internas amplas, por exemplo: “Preciso examinar mais coisas sobre mim mesma” (C7); “Quero mudar minha vida” (C8). Para que a PP seja bem-sucedida, os pacientes precisam ter objetivos não apenas específicos, mas também amplos, tais como aumentar suas habilidades mentais, como a capacidade de fazer suas próprias escolhas¹³, e atingir o autoconhecimento – o que parece mais presente em membros do grupo C.

Objetivos e expectativas são conhecidamente importantes fatores preditivos para os resultados psicoterapêuticos²⁴. A maioria dos objetivos e expectativas encontrados no grupo D com a psicoterapia (ver subcategorias B.1, B.2, B.3) parece menos compatível com o processo ideal de PP; por exemplo, os

sujeitos do grupo D tinham objetivos mais limitados e esperavam menos neutralidade e mais orientação de seus psicoterapeutas (“... eu quero respostas!”, D2). Embora alguns desses objetivos e expectativas tenham levado as pacientes a buscarem a PP, podem ser inadequados para sustentá-la.

As subcategorias mudanças nas relações interpessoais (B.4) e orientação profissional (B.5) foram registradas apenas no grupo C. Quatro pacientes relataram buscar psicoterapia para mudar seus relacionamentos, como “Quero melhorar meu relacionamento com meu namorado” (C6). Uma participante disse ter o objetivo de buscar orientação profissional.

Deve-se notar que, apesar da grande quantidade de dificuldades nos relacionamentos interpessoais como razão para buscar tratamento no grupo D, mudanças nessa área não são mencionadas nesse grupo como objetivos e expectativas para o tratamento. Uma explicação possível a esse achado é que as pacientes do grupo D tinham objetivos menos claros que as do grupo C.

Categoria C. Disposição para a mudança

Em ambos os grupos, as respondentes demonstraram ter *insights* sobre sua condição psicológica (subcategoria C.1), o que implica o reconhecimento do sofrimento psíquico: “Eu sei que não estou bem, estou sofrendo muito e preciso de ajuda” (C6). Freud²⁵ apontou que o sofrimento mental é a força motivadora primordial na busca por tratamento.

O *insight* também envolve o reconhecimento da existência de problemas emocionais para os quais se podem buscar soluções, o reconhecimento de que o próprio *self* está envolvido no problema e a habilidade de estabelecer relações entre eventos presentes e passados: “Eu fui casada por sete anos. Nós nos separamos quando meu filho tinha dois anos... que coincidência! Agora é a mesma coisa!” (C7).

O reconhecimento do envolvimento pessoal nos problemas apresentados é fundamental para o sucesso da psicoterapia²⁶. Isso foi relatado por apenas uma paciente no grupo D e por todas do grupo C. Nossos dados reforçam a ideia de que pacientes tendem a obter maiores benefícios quando a psicoterapia começa com a visão de que as mudanças dependem do esforço próprio, muito menos que de forças externas²⁷.

A frequência das URs na subcategoria *insight* (subcategoria C.1) foi mais significativa no grupo C. Além disso, o estabelecimento de relações entre o presente e o passado ocorreu apenas nesse grupo. Esses resultados sugerem que as pacientes do grupo C possuíam níveis de *insight* mais elevados se comparados às do grupo D. O *insight* está associado a maior duração de tratamento e menor propensão à desistência; ou seja, ele favorece a adesão e é um fator preditivo de boa resposta à psicoterapia²⁸.

Manifestações precoces de resistência (subcategoria C.2) foram encontradas em grande frequência nos comentários de todas as participantes do grupo D: “Bem, na verdade, eu não queria vir. Eu estava

muito relutante... mas vim. Ontem eu cheguei a pensar em ligar para desmarcar, mas não deu, eu tinha que vir” (D1). A resistência menos frequente no grupo C foi caracterizada por manifestações mais sutis, tais como chegar atrasada à sessão e/ou esquecer o endereço da instituição. Portanto, as pacientes que concluíram o tratamento parecem ter menos resistência no início do processo terapêutico.

A subcategoria de disponibilidade de tempo (C.3) inclui os arranjos necessários em termos de tempo para iniciar o tratamento e foi encontrado na fala de todas as pacientes. Por exemplo: “Eu posso vir qualquer dia de tarde” (D3).

Todas as participantes do grupo D (mas apenas uma do grupo C) buscaram psicoterapia como resultado da insistência e recomendação de terceiros (subcategoria C.4): “Um amigo me recomendou buscar tratamento” (D4). Buscar psicoterapia como resultado de iniciativa pessoal contribui para a manutenção do tratamento, sendo um importante indicador de disposição para mudança²⁹.

Categoria D. Tratamentos anteriores

Duas participantes do grupo D e quatro do grupo C haviam passado por um tratamento anterior. Elas relataram suas opiniões sobre a psicoterapia e o psicoterapeuta anterior (subcategoria D.1) junto com a razão para o término (subcategoria D.2).

Uma participante do grupo D mencionou melhora parcial em relação às razões que a levaram ao tratamento anterior (subcategoria D.1): “Alguma coisa se resolveu, mas muitas ficaram faltando” (D4). Essa participante também apontou dificuldades na relação terapêutica devido a uma discrepância entre suas expectativas e a atitude do psicoterapeuta. Outra participante do grupo D declarou que a psicoterapia anterior havia tido um efeito negativo sobre ela: “Acho que fiquei ainda pior” (D2).

Além disso, todas as pacientes do grupo C que haviam passado por tratamento anterior o avaliaram positivamente: “Consegui melhorar na terapia... estava indo bem” (C10). Foi observado que as pacientes desse grupo não mencionaram queixas dos psicoterapeutas anteriores como fizeram as do grupo D. A experiência positiva prévia em psicoterapia pode ter contribuído para as pacientes do grupo C seguirem o tratamento até o final.

Todas as participantes revelaram a razão para a interrupção do tratamento anterior (subcategoria D.2). No grupo D, questões financeiras, bem como dificuldades de relacionamento com o psicoterapeuta e sentimentos de que a psicoterapia não ajudava foram indicados: “Não estava funcionando... eu esperava algo que não aconteceu” (D2). No grupo C, dificuldades financeiras também foram mencionadas. Uma das participantes relatou sentir-se melhor simultaneamente: “Eu parei porque estava melhor e também tinha problemas financeiros!” (C10). Todas as do grupo C indicaram que não teriam interrompido a psicoterapia se não estivessem passando por dificuldades financeiras.

Categoria E. Transferência

A transferência positiva (subcategoria E.1) foi identificada no discurso de três pacientes do grupo D e em todas do grupo C: “eu gostei de falar com você” (D5). Além disso, a frequência foi maior no grupo C. Deve-se ressaltar que indícios de manifestações de transferência negativa (subcategoria F.2) foram encontrados com mais evidência no grupo D: “Será que você vai conseguir me entender?” (C8). De acordo com Caligor, Kernberg e Clarkin³⁰, transferências negativas precoces podem interferir na aliança terapêutica durante a fase inicial do tratamento. Em contrapartida, a transferência positiva promove e apoia o desenvolvimento precoce da aliança: fator de relacionamento conhecido como preditor de bons resultados^{14, 15, 18}.

Em entrevistas pós-tratamento, a análise de conteúdo gerou três categorias e sete subcategorias, exibidas na tabela 2.

Tabela 2 – Categorias do pós-tratamento

Categorias	Subcategorias	Grupo D		Grupo C	
		UR	FR	UR	FR
Categoria F	F.1 <i>Insight</i>	11	4,9%	22	12,4%
Processo de mudança	F.2 Relação psicoterapêutica	42	19,1%	43	24,3%
	F.3 Resistência	30	13,6%	5	2,8%
Categoria G	G.1 Objetivos e expectativas	36	16,3%	33	18,6%
Análise de Resultados	G.2 Benefícios específicos	63	28,5%	48	27,2%
Categoria H	H.1 Razões	28	12,7%	5	2,8%
Término	H.2 Processo	11	4,9%	21	11,9%
Total		221	100%	177	100%

UR = unidade de registro, FR = frequência

Categoria F. Processo de mudança

Essa categoria inclui as declarações de natureza geral relatadas sobre o processo de mudança que ocorreu durante a psicoterapia. A subcategoria *insight* (F.1) é composta por descrições de experiências de autocompreensão na psicoterapia. Todas as participantes, em ambos os grupos, revelaram o desenvolvimento de níveis variados de compreensão de seus problemas: “Eu realmente entendi o que me atrapalhava” (D5). No entanto, o grupo C apresentou frequência maior nesta subcategoria. A habilidade de trabalhar com os próprios problemas, um fator identificado como relevante à conclusão bem-sucedida do tratamento³¹, foi relatada por duas pacientes do grupo D e todas do grupo C: “Quando estou em uma situação difícil, me lembro dele falando” (C10).

As participantes descreveram aspectos tanto positivos quanto negativos da relação psicoterapeuta-paciente (subcategoria F.2). Uma paciente do grupo D mencionou a falta de compreensão e fez críticas à psicoterapeuta: “Eu não me sentia muito confortável com ela” (D4). Com exceção dessa paciente, todas as outras avaliaram a relação positivamente: “Desde a primeira sessão, eu me senti segura. Ela me deu confiança e tranquilidade” (D5). Nossos resultados apoiam achados que indicam que a aliança terapêutica avaliada pelos pacientes não diferencia os que desistem dos que concluem a PP¹⁷.

Manifestações de resistência (subcategoria F.3) ao processo de mudança se evidenciaram em todas as pacientes do grupo D e em duas do grupo C. Além disso, essas manifestações eram mais frequentes e consistentes no grupo D: “Eu ia à terapia, mas sempre ficava muito, mas muito resistente, então eu fiquei por bem pouco tempo” (D1). A resistência faz parte de todo o processo da psicoterapia e a “acompanha passo a passo”³². No entanto, os pacientes podem ser mais ou menos resistentes ao processo da psicoterapia. Participantes do grupo D mostraram uma forte resistência, indicando pouca disposição de superar obstáculos e defesas importantes em relação à mudança possível com o objetivo de manter o *status* do transtorno. Por outro lado, as pacientes que concluíram o tratamento pareciam exibir maior disposição para a mudança e para superar a resistência. Temos que considerar ainda que na PP é fundamental que o psicoterapeuta analise a resistência e auxilie o paciente a superá-la.

Categoria G. Análise de resultados

Todas as participantes dos grupos D e C expressaram graus variáveis de satisfação com os resultados do tratamento e reconhecimento de que a psicoterapia havia ajudado (subcategoria G.1): “Para mim, foi tudo de bom” (D2). No entanto, pacientes do grupo D revelaram que atingiram só parcialmente seus objetivos psicoterapêuticos: “No geral, a terapia me trouxe alguns benefícios, mas ainda tem muito a resolver” (D1). Nesse grupo, houve uma exceção: a participante D5 revelou que todos seus objetivos foram alcançados. Uma hipótese é a de que essa paciente está entre os indivíduos que se beneficiam com um breve contato com profissionais da área da saúde mental³³. Outra explicação possível é a de que a sensação de bem-estar foi uma melhora sintomática e contribuiu para a desistência da psicoterapia. Portanto, a paciente pode ter interpretado que não precisava mais de tratamento, porque atingiu suas expectativas de bem-estar^{2,4}. Todas as participantes do grupo C relataram ter atingido seus objetivos e expectativas no final da psicoterapia: “Resolvi a parte mais importante... a parte que estava me deixando doente” (C6).

As entrevistadas também relataram diversas áreas específicas em que houve ganhos psicoterapêuticos (subcategoria G.2). Melhoras nas relações interpessoais, na qualidade de vida, na saúde geral e na vida profissional foram apontadas como resultado da psicoterapia. Esses ganhos estendidos também foram encontrados em outros estudos^{31,34}. Observamos que nos comentários do grupo C havia mais referências a ganhos efetivos e gerais com a PP (por exemplo, “Fui curada...”, C6; “Resolvi toda minha vida... mudei meu comportamento...”, C7), enquanto os do grupo D enfatizavam ganhos parciais (“a palavra ‘submissão’ sempre combina comigo, mas sinto que estou chegando lá... a ter mais minha própria opinião”, D1).

Categoria H. Término

A resistência foi a razão mais frequentemente mencionada para o término do tratamento (subcategoria H.1) no grupo D (quatro pacientes): “Acho que foi realmente minha própria resistência” (D1). Entendida como resistência nesta investigação, a questão financeira também foi assinalada por duas entrevistadas do grupo D como causa da desistência. Outros estudos também enfatizaram o fator financeiro como razão de desistência³⁵⁻³⁷.

Dificuldades na relação terapêutica foram relatadas por uma participante: “Quando ouvi aquilo, eu não queria ouvir, não era hora de ouvir isso, então... larguei a terapia” (D4). Sabe-se que a desistência do tratamento pode ocorrer como resultado da repetição de um evento perturbador previamente vivenciado pelo paciente, desencadeando sentimentos negativos intensos³⁸.

Dois pacientes (D2 e D5) justificaram a desistência por melhorias experimentadas; no entanto, uma delas (D2) também mencionou problemas financeiros: “Quando saí, saí porque estava me sentindo bem” (D5). Westmacott e Hunsley³⁷ descobriram que a razão mais comum relatada pelos pacientes para o término da psicoterapia é a de que se sentiam melhor. Então, é possível que discrepâncias na avaliação dos resultados da psicoterapia, entre paciente e psicoterapeuta, tenha ocorrido. Gabbard⁷ considera um erro de contratransferência quando o psicoterapeuta não consegue aceitar o término do tratamento devido às suas próprias ambições perfeccionistas. Presumivelmente, profissionais em formação em PP podem ser levados com mais facilidade a buscar resultados ambiciosos, nem sempre compatíveis com os objetivos e capacidades do paciente. Talvez isso tenha ocorrido nesses dois casos.

Um achado interessante nessa subcategoria é o reconhecimento por parte das outras pacientes que desistiram do tratamento de que ainda precisam de psicoterapia. A partir de seus comentários, fica evidente que a resistência impediu a continuação ou retomada do tratamento: “Sei que precisava de terapia por muito tempo e sei que deveria ter continuado” (D1).

As pacientes do grupo C declararam que o término ocorreu devido à resolução dos problemas que as levaram à psicoterapia. Em dois casos, o término também aconteceu por questões financeiras: “Havia duas situações... havia uma mudança visível... as pessoas diziam que ‘você é uma pessoa diferente’... e havia também o aspecto financeiro” (C7).

As pacientes do grupo D realizaram uma sessão final (subcategoria H.2 – processo) com seus psicoterapeutas, na qual mencionaram (exceto D4) as razões para a interrupção – ex.: “Eu expliquei por que estava saindo e ela entendeu” (D3).

Todos os membros do grupo C revelaram que tomaram a iniciativa de introduzir o tema do término e que seus psicoterapeutas foram receptivos à ideia (subcategoria H.2 – processo): “Falamos sobre o fato de que eu tinha ido exatamente para tratar um problema; o problema que eu vim tratar se resolveu e continua bem resolvido... ela disse ‘se você veio tratar isso... concordo com o término...’” (C9). Quatro das pacientes desse grupo expressaram o desejo de voltar ao tratamento com o psicoterapeuta anterior para trabalhar melhor alguns aspectos de si mesmas (p. ex., “Pretendo voltar com ela”, C6).

Limitações e pontos fortes

O objetivo deste estudo foi compreender os fatores associados à desistência e à conclusão em PP, tendo como foco as variáveis do paciente. Para tal, conduzimos uma investigação naturalística, complemento útil a estudos controlados, mas que é limitada por sua natureza. Também se deve notar que as entrevistas iniciais utilizadas na investigação foram relatadas pelo psicoterapeuta de memória. Esse tipo de registro é menos confiável que gravações em áudio ou vídeo, mas compatível com as práticas usuais dos psicoterapeutas psicanalíticos. No Brasil, a formação em PP prioriza o conhecimento da teoria e da técnica sem se preocupar muito com conhecimento derivado da pesquisa empírica. Há ainda a tendência a uma visão negativa do uso de observações e medidas durante o processo psicoterapêutico. Essa visão precisa ser superada em favor do desenvolvimento de investigações psicanalíticas.

A condução do tratamento por psicoterapeutas em formação em PP é outra limitação do estudo. No entanto, levando em conta que esses psicoterapeutas passam por treinamento rigoroso na teoria e na técnica psicanalítica e são acompanhados por supervisão sistemática, isso pode ter favorecido a validade interna da investigação.

Para além das limitações metodológicas, este é o primeiro estudo conduzido no Brasil que compara pacientes que desistiram com os que concluíram a PP utilizando o método qualitativo. A natureza qualitativa do estudo fornece uma oportunidade única para o desenvolvimento de hipóteses exploratórias para a compreensão do fenômeno da desistência e de conclusão em PP, que devem ser testadas em estudos subsequentes.

Conclusões

Apesar das limitações metodológicas deste estudo, a análise das entrevistas fornece um vislumbre das características que distinguem os dois grupos de pacientes. No início da psicoterapia, as pacientes do grupo D possuíam objetivos e expectativas mais focalizados, mostraram menor disponibilidade para mudar, menos *insight*, percepção negativa de tratamentos anteriores e mais manifestações de transferência negativa e resistência. Por outro lado, as do grupo C possuíam expectativas e objetivos com a psicoterapia associados a aspectos mais amplos da vida, foram menos resistentes para começar o tratamento, exibiram maior disponibilidade para mudar, mais transferência positiva e níveis mais altos de *insight* e satisfação com tratamentos anteriores.

As entrevistas pós-tratamento focaram nas características do processo e dos resultados do tratamento. Durante a psicoterapia, se comparadas às que desistiram do tratamento, as pacientes que o concluíram foram menos resistentes e demonstraram maior *insight* sobre suas dificuldades.

Independente do tipo de término, todas as pacientes indicaram satisfação com a psicoterapia e ganhos em seu final. A qualidade da satisfação e dos benefícios alcançados é singular para cada grupo. As

do grupo C mostraram mais satisfação com a psicoterapia, apresentaram benefícios mais efetivos e conquistaram maior habilidade para continuar trabalhando em problemas psicológicos após o término do tratamento, em comparação com as do grupo D. No entanto, os altos níveis de satisfação com a PP, encontrados nos grupos, remetem à reflexão sobre as expectativas psicoterapêuticas de pacientes e psicoterapeutas. Deve-se considerar que dois membros do GD interromperam a psicoterapia pela melhora. Embora esta possa ser uma desculpa racional para a resistência, é possível que seus psicoterapeutas não percebessem os ganhos ou eram mais ambiciosos e críticos sobre o resultado da psicoterapia.

Nossos resultados fornecem subsídios para a discussão dos procedimentos adotados por cursos de formação em PP no Brasil em relação a indicação de psicoterapia, contrato psicoterapêutico e avaliação de resultados. Entende-se ser necessário buscar maior refinamento metodológico e técnico para o trabalho psicoterápico para estabelecer critérios mais objetivos de inclusão do paciente na PP; investigar exaustivamente objetivos e expectativas dos pacientes antes de realizar o contrato psicoterapêutico; e adotar instrumentos mais formais para avaliar os resultados do tratamento. Além disso, sabemos que pesquisadores e clínicos tendem a usar diferentes métodos de avaliação do processo e dos resultados da psicoterapia³⁹. Diminuir essa lacuna é ainda um desafio a ambos. A introdução de seminários de pesquisa em cursos de formação em PP poderá aproximar pesquisadores e clínicos, e possibilitar a produção de conhecimento em conjunto. Profissionais de orientação psicanalítica precisam superar a resistência à pesquisa empírica em benefício de seus pacientes. Esperamos que esta investigação auxilie psicoterapeutas e pesquisadores a implementarem estudos sobre desistência e conclusão em PP.

Em síntese, esta pesquisa fornece hipóteses para os complexos fenômenos de desistência e conclusão da PP. Sugere que a natureza dos objetivos e expectativas com a psicoterapia (mais amplo vs. focal), menor resistência à mudança, satisfação com tratamentos anteriores, níveis mais elevados de *insight* e preponderância de transferência positiva sobre a negativa são fatores associados com a conclusão em PP. Experiências negativas com psicoterapias prévias, resistência, baixa capacidade de *insight* e discrepâncias entre psicoterapeutas e pacientes sobre objetivos e expectativas do tratamento podem favorecer a desistência. Esses resultados são exploratórios e outros estudos são necessários nesse campo.

Referências

1. Roos J. Left behind: a review of therapist and process variables influencing dropout from individual psychotherapy. (Student paper). Stock Holms University, 2011.
2. Swift JK, Callahan JL. A delay discounting measure of great expectations and the effectiveness of psychotherapy. *Prof Psychol Res Pract.* 2008;39:581-588.
3. Howard K, Kopta S, Krause M, Orlinsky D. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol.* 1986;41:159-164.
4. Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE. Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harv Rev Psychiatry.* 2005;13:57-70.

5. Gabbard GO. Principais modalidades psicanalítica/psicodinâmica. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J, editores. *Compêndio de psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: ArtMed; 2007.
6. Zimerman DE. *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed; 1999.
7. Gabbard GO. *Elaboração e término*. In: Gabbard GO, editor. *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: ArtMed; 2005.
8. Iankilevich E, Lima AFBS, Szobot CM. *Alta em psicoterapia psicodinâmica*. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapia abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Jung S, Nunes MLT, Eizirik CL. *Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica*. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29:184-196.
10. Westmacott R, Hunsley J. *Reasons for terminating psychotherapy: a general population study*. *J Clin Psychol*. 2010;66:965-977.
11. Wierzbicki M, Pekarik G. *A meta-analysis of psychotherapy dropout*. *Prof Psychol Res Pract*. 1993;24:190-195.
12. Schulte D. *Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome*. *Psychother Res*. 2008;18:481-494.
13. Hauck S, Kruehl L, Sordi A, Sbardellotto G et al. *Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica*. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29:265-273.
14. Piper W, Joyce A, Rosie J, Ogrodniczuk J et al. *Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy*. *Psychotherapy (Chic)*. 1999;36:114-122.
15. Westmacott R, Hunsley J, Best M, Rumstein-McKean O et al. *Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: a comparison between unilateral and mutual terminators*. *Psychother Res*. 2010;20:423-435.
16. Torija CJT, Muñoz MCL. *Apego al tratamiento psicoterapêutico y resultados de uma intervención breve em pacientes de consulta externa psiquiátrica*. *Salud Mental*. 2002;25:27-34.
17. Tryon GS, Kane AS. *Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination*. *J Counsel Psychol*. 1993;40:33-36.
18. Tryon GS, Kane AS. *Client involvement, working alliance, and type of therapy termination*. *Psychother Res*. 1995;5:189-198.
19. Charnas JW, Hilsenroth MJ, Zodan J, Blais M et al. *I stay or should I go? Personality Assessment Inventory and Rorschach indices of early withdrawal from psychotherapy*. *Psychotherapy (Chic)*. 2010;47:484-499.
20. Gabbard GO. *Introduction*. In: Levy RA, Ablon JS. *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. New York: Humana Press; 2009.
21. Montado G. *Psicoterapia focal psicoanalítica: investigación de processo y resultados*. In: Bernardi R, editor. *Psicoanálisis focos y aperturas*. Montevideo: Agora/Psicolibros; 2001.
22. Cordioli AV, Gomes FB. *As condições do paciente e a escolha da psicoterapia*. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapia abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
23. Dew SE, Bickman L. *Client expectancies about treatment*. *Ment Health Serv Res*. 2005;7:21-33.
24. Meyer B, Pilkonis PA, Krupnick JL, Egan MK et al. *Treatment expectancies, patient alliance and outcome: further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program*. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:1051-1055.
25. Freud S. *Sobre o início do tratamento*. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 12*. Rio de Janeiro: Imago; 1999.

26. Krause M, De la Parra G, Arístegui R, Dagnino P et al. The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychother Res.* 2007;17:673-689.
27. Delsignore A, Schnyder U. Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: a systematic review. *Br J Clin Psychol.* 2007;46:467-483.
28. Hoglend P, Engelstad V, Sorbye O, Heyerdahl O et al. The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *Br J Med Psychol.* 1994;67:305-316.
29. Keidann CE, Dal Zot JS. Avaliação. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação analítica.* Porto Alegre: Artmed; 2005.
30. Caligor E, Kernberg O, Clarkin J. *Psicoterapia dinâmica das patologias leves da personalidade.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
31. Nilsson T, Svensson M, Sandell R, Clinton D. Patients' experiences of change in cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychother Res.* 2007;17:553-566.
32. Freud S. Dinâmica da transferência. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 12.* Rio de Janeiro: Imago; 1989.
33. Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley; 2004.
34. Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Ruge 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;84:263-290.
35. Roe D, Dekel R, Harel G, Fennig S. Clients' reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. *Psychol Psychother.* 2006;79:529-38.
36. Vargas F, Nunes MLT. Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia.* 2003;17:155-8.
37. Westmacott R, Hunsley J. Reasons for terminating psychotherapy: a general population study. *J Clin Psychol.* 2010;66:965-977.
38. Coutinho J, Ribeiro E, Hill C, Safran J. Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: a qualitative study. *Psychother Res.* 2011;21:525-540.
39. Luborsky L, Luborsky E. *Research in psychotherapy: the vital link.* Lanham, MD, US: Jason Aronson Book, Rowman & Littlefield Publishing Group Inc.; 2006.

Correspondência

Simone Isabel Jung

Rua Emílio Lúcio Esteves, 1187/303

95600-000 – Taquara, RS

simoneisabeljung@gmail.com

Submetido em: 09/11/2014

Aceito em: 29/11/2014