



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

*TESE DE DOUTORADO*

**PESQUISA DE PROCESSO E RESULTADO NA PSICOTERAPIA**  
**PSICANALÍTICA: DESAFIOS METODOLÓGICOS**

Camila Piva da Costa

Orientador: Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientadora: Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes

Porto Alegre, 03 de Maio de 2018

CAMILA PIVA DA COSTA

*TESE DE DOUTORADO*

**PESQUISA DE PROCESSO E RESULTADO NA PSICOTERAPIA  
PSICANALÍTICA: DESAFIOS METODOLÓGICOS**

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes

Porto Alegre, 03 de Maio de 2018

Camila Piva da Costa

**Pesquisa de Processo e Resultado na Psicoterapia Psicanalítica: Desafios metodológicos**

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

Aprovado em \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Relatora: Dra. Marcia Kauer Sant'Anna- UFRGS

---

Dr. César Luis de Souza Brito – PUCRS

---

Dra. Simone Isabel Jung – FACCAT

---

Dra. Ana Margareth Siqueira Bassols – UFRGS

## CIP - Catalogação na Publicação

Da Costa , Camila Piva  
Pesquisa de Processo e Resultado em Psicoterapia  
Psicanalítica: Desafios Metodológicos / Camila Piva  
Da Costa . -- 2018.

180 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.

Coorientador: Maria Lúcia Tiellet Nunes.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto  
Alegre, BR-RS, 2018.

1. Psicoterapia. 2. Psicanálise. I. Eizirik,  
Cláudio Laks, orient. II. Nunes, Maria Lúcia  
Tiellet, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”*

*(Arthur Schopenhauer)*

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”*

*(Paulo Freire)*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Cláudio Laks Eizirik, por seus valiosos ensinamentos, pelo direcionamento experiente, importante referência de pesquisador e psicanalista.

A minha co-orientadora Maria Lúcia Tiolet Nunes por sua atenção, disponibilidade e suas reconfortantes palavras de incentivo.

A Simone Hauck que conheci no final dessa empreitada, mas que teve um importante papel com suas brilhantes reflexões, revisões atentas, carinho e disponibilidade.

A minha colega e amiga Carolina Padoan, grande parceira desde o início desse projeto sempre pronta para trabalhar com muito empenho, afeto e com as mais acertadas palavras positivas em todos os momentos difíceis.

À direção do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, sempre aberta e grande incentivadora da pesquisa. As minhas esforçadas bolsistas Gabriela Martins, Mariana Fonseca, Fernanda Romeiro, Franciele Brito pelo persistente e eficiente trabalho. Aos queridos integrantes do Departamento de Pesquisa por nossas divertidas manhãs de quarta com muito aprendizado e ricas discussões.

Aos colegas do grupo de pesquisa da UFRGS, Ana Margareth Bassols, Cristina Pessi, Alcina Barros, Pricilla Braga, Stefania Teche, Charlie Severo, por serem sempre presentes nessa caminhada cumprido adequadamente suas funções de amigos e colegas de trabalho.

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

A minha família pela paciência, carinho e suporte em todos os momentos de cansaço e dificuldade, sem vocês esse processo não teria sido o mesmo. Especialmente ao meu marido Alex pelo carinho e apoio incondicional do início ao fim dessa caminhada.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

PP – Psicoterapia Psicodinâmica

PDT – Psychodynamic Psychotherapy

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIPT – Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DSQ-40 – *Defense Style Questionnaire – 40*

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

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

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

OQ-45- *Outcome Questionnaire*

WAI – *Working Alliance Inventory*

## RESUMO

**Introdução:** A pesquisa em psicoterapia psicanalítica encontra-se em crescente expansão, ganhando refinamentos metodológicos. Entretanto, pesquisar no ambiente naturalístico traz inúmeros desafios que necessitam ser melhor explorados, para que, assim, as investigações possam refletir com acurácia a prática clínica. Para isso o estudo metodológico dos fatores de processo e resultado do tratamento é relevante. **Objetivos:** O objetivo desse estudo foi avaliar a adequação de diferentes estratégias metodológicas nas medidas de processo e resultado em psicoterapia psicanalítica. Os fatores discutidos foram: tempo apropriado de medida, erosão amostral, follow up, e medidas da dupla paciente e terapeuta (aliança e objetivos). **Método:** Trata-se de uma coorte realizada em ambulatório de saúde mental de Porto Alegre com 304 pacientes que receberam indicação de psicoterapia em um período de 16 meses. Na entrevista de triagem, foram aplicados instrumentos para verificar o estilo defensivo (DSQ-40), a sintomatologia (SCL-90R) e o progresso terapêutico (OQ45) na entrevista. Na quarta sessão de psicoterapia foram coletadas medidas de processo (aliança terapêutica e os objetivos de tratamento) e aos três e seis meses de psicoterapia novamente as medidas de resultado (sintomas e progresso) foram avaliadas. **Resultados:** Constatou-se um progresso significativo nos primeiros três meses de tratamento e que quatro sessões não foram suficientes para avaliar todas as dimensões da aliança terapêutica. Encontramos também que o grupo de pacientes que optavam por não responder aos questionários apresentava características clínicas distintas do grupo que permaneceu em tratamento e aderiu à pesquisa, apresentando mais defesas imaturas como a negação e agressão passiva, e sintomas mais severos de hostilidade. O grupo de pacientes que abandonou precocemente o tratamento também utilizava mecanismos de defesa mais imaturos como a agressão passiva. Ocorreu também a necessidade de explorar estratégias mais eficazes para encontrar os pacientes e avaliá-los após o fim tratamento. Para isso, a ferramenta de *follow up* vem sendo utilizada para acompanhar o progresso do tratamento, mas principalmente para comprovar sua efetividade. Em relação aos fatores de processo como a aliança terapêutica e a concordância de objetivos constatou-se que a colaboração entre a pode estar baseada em outros fatores além da concordância de objetivos, mas também na dimensão tarefa. Os pacientes que não compreendem ou não concordam com os mecanismos de ação da psicanálise são o grupo que abandona mais precocemente o tratamento. **Conclusões:** Sugere-se que o tempo de três meses é um período chave para avaliar melhora inicial e provavelmente também se constitua em tempo adequado para avaliar fatores de processo como a aliança



terapêutica em todos os seus domínios. A dimensão tarefa necessita ser melhor desenvolvida pelos terapeutas em virtude de sua associação com o abandono. O conhecimento das características dos pacientes que não respondem às pesquisas e a forma como o *follow up* é realizado possibilita o estabelecimento de novas adequações metodológicas. Além disso, conclui-se a necessidade de fomentar o treinamento para os psicoterapeutas tanto no desenvolvimento de todas as dimensões da aliança como na adequada avaliação de fatores de processo e resultado no manejo com o paciente.

**Palavras-chave:** psicoterapia psicanalítica; processo; resultado; progresso; abandono; objetivos de tratamento; aliança terapêutica

## ABSTRACT

**Introduction:** Research into psychoanalytic psychotherapy has been growing with the development of increasingly refined assessment methods. However, naturalistic studies still pose several challenges that need to be addressed in order to allow investigations to reflect the clinical practice accurately. Thus, the methodological study of factors involved in treatment process and outcome is relevant. **Objectives:** This study aimed to assess different methodological strategies that can be used to measure process and outcome factors in psychoanalytic psychotherapy. The factors discussed were: appropriate time to measure, attrition, follow up and measures of the patient and therapists (alliance and agreement on treatment goals). **Method:** This study was performed in a mental health outpatient clinic in Porto Alegre, southern Brazil, with a cohort of 304 patients indicated for psychotherapy during a period of 16 months. At the screening interview, instruments were applied to examine patients' defensive style (DSQ-40), symptoms (SCL-90-R) and therapeutic progress (OQ-45). Process measures (therapeutic alliance and treatment goals) were evaluated at the fourth session, whereas outcome measures (symptoms and progress) were assessed at three and six months of treatment. **Results:** Significant improvement was found after three months of treatment and fourth sessions were not enough to measure all therapeutic alliance dimensions. The group of patients that refused to complete the questionnaires was found to have different clinical characteristics from the group that continued treatment and completed the questionnaires, as the former showed more immature defenses such as denial and passive-aggressive behavior as well as more severe symptoms of hostility. The group of patients that dropped out early also

used more immature defense mechanisms such as passive-aggressive behavior. Another finding was that more effective strategies to contact patients and evaluate them after the end of treatment should be explored. In this sense, a follow-up tool has been used to assess treatment progress, especially its effectiveness. Regarding the process factors such as the therapeutic alliance and the agreement on treatment goals, it was verified that the therapist-patient collaboration should be based not only in agreement in treatment goals but also on agreement on tasks. Patients who do not understand or agree with the mechanisms of the psychoanalytic model appeared to drop out of treatment. **Conclusions:** Three months of treatment seem to be a key time point to assess initial improvement and an appropriate period to assess process factors such as therapeutic alliance in all dimensions. Therapists should focus on the task dimension because of its association with dropout. Assessment methods can be refined using knowledge about the characteristics of patients who refuse to complete questionnaires and the process of performing follow-up. Another conclusion is that psychotherapy training should be more focused on the development of all alliance dimensions and the appropriate assessment of process and outcome factors in patient management.

**Keywords:** psychoanalytic psychotherapy; process; outcome; progress; dropout; treatment goals; therapeutic alliance.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA.....	14
1.2 PESQUISA E PRÁTICA CLÍNICA.....	16
1.3 DESAFIOS NA PESQUISA EM PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA.....	18
<b>1.3.1 Técnicas de medida</b> .....	18
<b>1.3.2 Erosão amostral</b> .....	19
<b>1.3.3 Follow up</b> .....	19
<b>1.3.4 Fatores de processo e progresso de tratamento</b> .....	20
<b>1.3.5 O presente estudo</b> .....	21
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	23
2.1 OBJETIVO GERAL .....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>3 MÉTODO</b> .....	24
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	24
3.2 LOCAL.....	24
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	24
3.4 PARTICIPANTES.....	25
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	26
3.7 INSTRUMENTOS.....	26
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	26

3.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	27
<b>4 FLUXOGRAMA.....</b>	<b>28</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
5.1 ARTIGO 1.....	29
5.2 ARTIGO 2.....	51
5.3 ARTIGO 3.....	66
5.4 ARTIGO 4.....	98
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO 1–Projeto de pesquisa.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO 2: Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO 3: Outcome Questionnaire (OQ-45.2) .....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO 4: Symptom check list Revised (SCL-90-R).....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO 5: Defense Style questionnarie (DSQ 40).....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO 6: Working Alliance Inventory (WAI-T) e (WAI-P).....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO 7 – Formulário Objetivos da Psicoterapia.....</b>	<b>172</b>

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Pesquisa de Processo e Resultados em Psicoterapia Psicanalítica: Desafios metodológicos”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 03 de Maio de 2018. O material é dividido em quatro partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Objetivos, Método
2. Fluxograma da coleta
3. Resultados (Artigos)
4. Considerações Finais

Documentos de apoio, incluindo o projeto de pesquisa, o Termo de consentimento livre e esclarecido e os instrumentos utilizados estão apresentados nos Anexos.

A ideia dessa investigação surgiu como possibilidade de seguir os estudos já iniciados no mestrado sobre aliança terapêutica, conceito que considero relevante no processo e no resultado da psicoterapia. Além disso, em minha trajetória como clínica e pesquisadora, passei a enfrentar diversas dificuldades em realizar pesquisas no ambiente naturalístico. Muitas indagações se faziam presentes: o desafio inicial foi buscar maior aproximação da pesquisa com a realidade do ambulatório, bem como propiciar aos terapeutas uma compreensão da aplicabilidade clínica advinda das pesquisas, como outra ferramenta para ajudá-los em sua prática.

Em meio a essa aproximação, me deparei com inúmeros impasses para as quais não encontrava uma diretriz teórica consistente que pudesse dar conta. Mesmo que a instituição participante já estivesse inserida no campo da pesquisa surgiram muitas questões a respeito da metodologia de pesquisa em um ambiente naturalístico. Quando unificamos uma coleta de longo prazo com medidas de processo e resultado, a complexidade metodológica se torna um desafio ainda maior.

Além disso, vivenciando a realidade das instituições psicanalíticas de ensino e de formação, constatei a falta de treinamento oferecida aos terapeutas para desenvolver aspectos básicos e necessários como: aliança terapêutica, avaliação de progresso, aderência e alta. É possível que a escassez de estudos sobre processo-resultados em psicoterapia psicanalítica no Brasil contribua para a pouca ênfase nesses aspectos por parte das instituições de ensino, ainda que, os mesmos já estejam estabelecidos na literatura internacional como fundamentais para o

desfecho do tratamento.

Assim, foi elaborado um projeto de pesquisa que pudesse contemplar tanto a etapa inicial do tratamento psicoterápico, como algumas variáveis do processo, incluído avaliações tanto do paciente como do terapeuta. Foram contempladas variáveis pré-tratamento (características sociodemográficas e clínicas), do período inicial (aliança e objetivos) e do progresso (sintomas e progresso terapêutico aos três e aos seis meses).

## 1. INTRODUÇÃO

A pesquisa em psicoterapia psicodinâmica configura-se como um campo que concentra muitos desafios. Aprender a prática clínica, em seu caráter subjetivo, repleto de fatores complexos subscritos em um processo não linear, reforça a necessidade do refinamento dos métodos e das pesquisas direcionadas aos pontos de dificuldade<sup>1</sup>. Neste sentido, a psicoterapia, assim como as demais ciências, deve se preocupar com sua validade e utilidade, sendo a investigação científica uma das formas pelas quais é possível questionar e verificar a validade de determinado conhecimento<sup>2,3</sup>.

Atualmente privilegia-se os tratamentos baseados em evidências, em parte por pressão de planos de saúde, mas também pelos próprios pacientes que avaliam a relação custo/benefício dos tratamentos. No caso das psicoterapias de longa duração, a busca por evidências conta com dificuldades ainda maiores: acompanhamento dos pacientes por mais tempo, perdas amostrais, abandonos precoces, localização dos pacientes após o encerramento, medidas adequadas de processo e progresso ao longo do tratamento, entre outros.

### 1.1 INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

A avaliação em psicoterapia psicanalítica iniciou com os estudos de Freud sobre histeria em 1895 e o caso do Pequeno Hans em 1909. O relato do caso de seus pacientes forneceu o suporte para suas hipóteses teóricas<sup>4,5</sup>.

Em uma retrospectiva histórica sobre o início da investigação em psicoterapia, ressaltamos o questionamento de Eysenck (1952)<sup>6</sup> que clamou por provas científicas para comprovar que a psicoterapia seria mais efetiva do que a chamada taxa de recuperação espontânea. Em função disso, grandes estudos foram iniciados nos anos 50, com objetivo de investigar se a psicoterapia era eficaz para produzir mudanças<sup>7</sup>.

Esta fase foi marcada por um crescimento significativo das pesquisas, mas com poucas especificações e diferenciações entre os problemas e a natureza dos resultados. Dentre os estudos, destaca-se o projeto de pesquisa em psicoterapia psicanalítica da Fundação Menninger, realizado de 1952 a 1954<sup>8</sup>.

Entre os anos 70 e 80, as investigações voltaram-se para compreender quais técnicas

psicoterápicas seriam mais eficazes na relação com um problema clínico específico<sup>7</sup>. Nessa época, a pesquisa em psicoterapia continuou enfatizando a eficácia com expansão e com refinamento dos métodos e das análises estatísticas. Os resultados desses estudos apontaram a efetividade das psicoterapias na redução dos problemas emocionais<sup>9</sup>. Contudo, ainda não se especificavam as diferenças dos efeitos entre as distintas formas de psicoterapia. Isso foi denominado como veredicto “Dodô” em uma referência ao livro de Carroll<sup>10</sup>. Esse estudo de Luborsky, Singer e Luborsky<sup>11</sup>, que compara as psicoterapias, encontrou equivalência em termos de resultados entre psicoterapias de grupo e individuais, de tempo limitado e de tempo aberto, terapia cognitivo-comportamental e outras abordagens de psicoterapias, sendo que todas as modalidades mostraram-se superiores aos grupos sem tratamento.

A conclusão foi a de que todas as psicoterapias produzem melhora significativa na maioria dos pacientes e que a explicação mais provável para este achado é a de que diferentes formas de psicoterapia compartilham importantes e diversos fatores ou elementos comuns<sup>12,13</sup>. Evidências empíricas reforçam as contribuições dos fatores comuns aos resultados do tratamento<sup>14</sup>. Dentre eles, o mais investigado é a aliança terapêutica. A qualidade da aliança estabelecida entre terapeuta e paciente vem demonstrando ser um elemento confiável para o resultado do tratamento em diversas abordagens<sup>15-18</sup>

No entanto, após décadas de pesquisas e um enorme número de estudos, ainda não se sabe exatamente como a aliança produz mudanças. A aliança apresenta várias dimensões (vínculo, tarefas e objetivos), mas não há clareza em como essas especificidades da aliança interagem entre a dupla<sup>19,20</sup>. Outros fatores comuns têm demonstrado terem efeitos no resultado do tratamento, tais como: concordância de objetivos<sup>21,22</sup>, empatia<sup>23</sup>, expectativas de tratamento<sup>21,23</sup>.

No que se refere aos fatores específicos, ainda existem estudos que apontam para sua interferência na efetividade das psicoterapias. Na abordagem psicodinâmica, os estudos que investigaram, por exemplo, a acurácia da interpretação, constataram que ela estava positivamente relacionada ao resultado na terapia interpessoal para a depressão<sup>24</sup>. Além disso, achados igualmente apontaram o *insight* como mediador do efeito das interpretações da transferência sobre o resultado do tratamento<sup>25</sup>. Assim, desde metade da década de 80 até a atualidade, percebemos maior aprofundamento das pesquisas de processo e resultados de tratamento com atenção aos fatores comuns e específicos, assim como aproximação com a prática clínica.

A psicoterapia psicodinâmica vem avançando na demonstração de sua efetividade<sup>12,26</sup> contribuindo para o desenvolvimento de *psicoterapias baseadas em evidência*<sup>27</sup>. Além disso,



diversos estudos demonstram que pacientes que recebem psicoterapia psicodinâmica, além de manterem os ganhos terapêuticos, seguem melhorando após o fim do tratamento<sup>28</sup>.

## 1.2 PESQUISA E PRÁTICA CLÍNICA

Apesar dos inúmeros debates acerca das possibilidades de mensurar com métodos empíricos os fenômenos psicanalíticos, a pesquisa em psicanálise tem crescido consideravelmente, tanto que, atualmente, conta um departamento de pesquisa na International Psychoanalytical Association (IPA)<sup>29-31</sup>.

Os pesquisadores em psicoterapia psicanalítica têm se ocupado em buscar subsídios para aumentar a integração entre pesquisa e prática clínica, para um maior entendimento sobre os mecanismos de ação das psicoterapias psicodinâmicas<sup>32</sup>, bem como para demonstrar aos terapeutas o quanto os resultados das pesquisas podem auxiliá-los em sua prática. De acordo com Kazdin<sup>33</sup>, muitos clínicos resistem em utilizar medidas objetivas. Para a compreensão dos pacientes, os terapeutas criam hipóteses para o problema, formulam o caso, avaliam o progresso e como deve ser o tratamento. Contudo, não avaliam sistematicamente a intervenção que oferecem, baseando-se mais em impressões e inferências. Apesar disso, os pesquisadores têm reforçado a necessidade de os terapeutas realizarem avaliações periódicas e utilizarem os resultados das pesquisas como forma de aprofundar sua prática. A utilização de medidas objetivas na avaliação de casos possibilita que paciente e terapeuta acompanhem com maior clareza o processo de tratamento<sup>33</sup>.

Kernberg (1999)<sup>34</sup> discute que a psicoterapia psicanalítica apresenta algumas peculiaridades que acabam por dificultar as pesquisas. As características do processo analítico e sua intersubjetividade dificultam a objetivação da pesquisa. Além disso, sugere que os métodos empíricos ainda precisam de refinamentos que contemplem a complexidade da relação terapêutica.

Infelizmente, ainda se encontram inúmeros impasses para realizar pesquisas no ambiente natural das psicoterapias, especialmente em modelos de longa duração. Sabe-se que os estudos de eficácia, realizados em ambientes controlados, apresentam maior rigor metodológico; porém, não são capazes de retratar com acurácia os fenômenos clínicos, que apenas se apresentam em seu ambiente natural.

Uma clara distinção deve ser feita entre eficácia da psicoterapia (os resultados são

obtidos através de um ensaio clínico) e a efetividade (os resultados são obtidos no ambiente natural das psicoterapias). O modelo de estudo de eficácia se propõe a medir a extensão de quanto uma determinada intervenção produz um resultado benéfico em condições ideais de observação; trata-se de estudos experimentais altamente controlados<sup>35,3</sup>. A fim de demonstrar sua validade, os ensaios clínicos dependem de formulações homogêneas, randomização dos sujeitos e monitoramento extensivo e sistemático. Apresentam rigor no controle das variáveis e necessitam atender a diversos critérios para, assim, alcançar alta validade interna<sup>36</sup>. Porém, para atingir essa validade, é necessário o uso de várias técnicas, o que raramente se alcança na rotina da psicoterapia. Isso acaba por comprometer a generalização dos resultados (validade externa) e não refletir a população para a qual a pesquisa se destina<sup>12</sup>.

As demandas aparentemente contrárias da validade interna e externa colocam alguns questionamentos aos pesquisadores clínicos. Embora a fidedignidade encontrada nos ensaios clínicos devido ao maior controle metodológico, os tratamentos oferecidos em seu ambiente natural são mais propensos a refletir a prática clínica<sup>36,37</sup>. O modelo de estudo da efetividade se propõe a medir a extensão de quanto uma determinada intervenção produz resultados satisfatórios, quando empregado em seu ambiente real, em uma população representativa. Logo, o número acentuado de variáveis a se considerar em ambiente naturalístico estabelece desafios para alcançar maior rigor metodológico, surgindo, assim, a necessidade de desenvolver estratégias de investigação para os problemas que se apresentam.

Os desafios são inúmeros, já que a psicoterapia psicodinâmica consiste em um intercâmbio altamente complexo em que interage um grande número de fatores, o que pode influenciar consistentemente os resultados<sup>1,37</sup>. Muitos fatores estão presentes, tais como: variáveis sociodemográficas e clínicas do paciente, características do terapeuta, tanto pessoais como de experiência e treinamento, e ainda os fenômenos que ocorrem na interação entre eles<sup>1,38</sup>.

### 1.3 DESAFIOS NA PESQUISA EM PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA

#### 1.3.1 Técnicas de medida

Uma das dificuldades do modelo híbrido na prática psicodinâmica diz respeito à forma de medir processo e resultado: qual a melhor forma de medir? Quais instrumentos utilizar? Quando medir? Há um consenso na literatura de não se usar medidas únicas<sup>36,39</sup>. Recomenda-se utilizar múltiplas medidas simultaneamente<sup>36</sup>; por exemplo, empregar diferentes perspectivas (terapeuta, familiares, observadores independentes), distintas medidas de sintomas (afeto, cognição, comportamento) e avaliar o funcionamento do paciente em múltiplos contextos (trabalho, social, familiar)<sup>1,40</sup>. Em relação a qual das medidas específica é aconselhável utilizar, não há um consenso estabelecido na literatura, e isso pode causar dificuldade para comparar os resultados dos diferentes estudos, já que utilizam medidas diferentes<sup>36</sup>. Considerando que a melhora clínica também depende dos objetivos do tratamento e do tipo de patologia no momento de escolher as medidas, busca-se minimizar possíveis vieses e utilizar instrumentos que apresentem estudos de validade e confiabilidade que possam responder ao problema de pesquisa<sup>41</sup>.

Em relação à forma de medir processo e resultado em psicoterapia, encontra-se literatura suficiente que discute essas questões, abordando os diferentes instrumentos e o uso de métodos qualitativos (entrevistas, grupos focais, questionários). No entanto, no momento, não existem diretrizes a respeito do tempo apropriado de tratamento para medir tanto fatores de processo como de resultado. Ainda que as medidas utilizadas em um estudo sejam adequadas, se realizadas em tempo inapropriado limitam a confiabilidade dos resultados. Além disso, o tempo de medida também é relevante para indicar a dose apropriada de tratamento em cada fase da psicoterapia para, assim, verificar mudanças, progresso e para, então, estabelecer protocolos de avaliação de saúde pública e de clínicas privadas.

### 1.3.2 Erosão amostral

Os estudos longitudinais em psicoterapia apresentam altas taxas de erosão, que geralmente variam de 10% a 50% em diferentes modalidades de configurações e tratamento de psicoterapia<sup>42,44</sup>. A perda amostral pode ocorrer tanto pelo abandono do tratamento, como pelo paciente não aceitar participar das pesquisas. Assim, a coleta de dados de um estudo depende do aceite e da continuidade dos participantes durante o processo.

O viés de não resposta refere-se ao erro que se espera fazer na estimativa de uma característica da população com base em uma amostra de dados de pesquisa em que, devido à não resposta, certos tipos de entrevistados estão sub-representados<sup>45,46</sup>. O viés de não resposta é comum em diversas pesquisas epidemiológicas<sup>47</sup>, mas não é especialmente estudado no campo das psicoterapias.

Quando muitos sujeitos optam por não participar, o resultado final pode ficar comprometido, pois acaba por não representar a população em estudo. Essa questão é extremamente relevante, já que as metanálises demonstram uma associação entre o número de casos excluídos de um estudo e o tamanho do efeito<sup>48,36</sup>. Assim, taxas muito altas de erosão restringem as conclusões dos estudos e comprometem sua validade<sup>36</sup>.

### 1.3.3 *Follow up*

O *follow-up* é uma ferramenta importante nos estudos de psicoterapia e tem sido utilizado de maneiras distintas. Em alguns estudos, *follow-up* significa acompanhar os pacientes ao longo de seu processo de tratamento e, a partir disso, verificar variáveis relacionadas ao processo e ao resultado<sup>49</sup>. Na maioria das investigações, *follow-up* refere-se à avaliação e ao acompanhamento do paciente após o encerramento da psicoterapia, no momento da alta ou um tempo depois do término<sup>36,50</sup>.

O *follow up* tem sido utilizado principalmente na análise da manutenção dos resultados ao longo do tempo em diversas formas de psicoterapia, incluindo as de base psicodinâmica<sup>40,51</sup>. Mesmo sendo extremamente relevante para comprovar a efetividade de um tratamento, os estudos de *follow up* no Brasil são escassos e, por isso, não há instruções consistentes a respeito da metodologia para empregar essa ferramenta. Na prática clínica, nos deparamos com uma

grande dificuldade de encontrar os pacientes no momento em que deixam os tratamentos, por não termos sucesso com os contatos deixados na instituição, mas especialmente pelo desinteresse em participar das pesquisas.

### 1.3.4 Fatores de processo e progresso de tratamento

As psicoterapias envolvem uma série de técnicas e intervenções que são testadas para avaliar sua efetividade, mas segue obscuro quais fatores são suficientes e/ou contribuem para o progresso terapêutico<sup>36</sup>.

O progresso do tratamento psicanalítico pode ser indicado pela melhora dos sintomas e dos problemas interpessoais, mudanças no padrão comportamental, mudanças estruturais e alcance dos objetivos terapêuticos<sup>40</sup>. Os progressos observados na psicoterapia psicanalítica igualmente envolvem a forma do paciente lidar com seus conflitos e vulnerabilidades de modo mais saudável e menos neurótico<sup>40,52</sup>.

Grawe<sup>53,54</sup> postulou quatro mecanismos básicos de mudança que influenciam o sucesso terapêutico: (1) domínio: possibilitar suporte terapêutico na realização dos objetivos; (2) esclarecimento do significado: propiciar maior consciência das motivações e valores de objetivos do paciente; (3) ação do problema: intervir nos esquemas cognitivo-emocionais imediatos durante as sessões; e (4) ativação de recursos: trabalhar no que traz o indivíduo à terapia em termos de competências, preferências ou escopos pré-existentes e monitorando as necessidades e preferências do paciente em uma relação terapêutica de suporte.

A ativação bem-sucedida desses processos de mudança pode resultar em um ciclo de *feedback* positivo e, assim, facilitar a adaptação, o bem-estar e o funcionamento psicossocial dos pacientes através de micro-resultados<sup>55,56</sup>. A ativação de recursos, por exemplo, foi encontrada para promover a autoestima, a atuação do problema, o domínio e o resultado<sup>57,61</sup>. Os tratamentos bem-sucedidos propiciam maior liberdade interna, maior segurança na exploração de pensamentos e sentimentos complexos, capacidades adaptativas otimizadas e maior habilidade de utilizar recursos internos<sup>1</sup>. O crescimento da autoestima na interação com o terapeuta também foi encontrado como um preditor forte de uma terapia bem-sucedida<sup>62</sup>.

Diversos estudos enfatizam a relevância da associação entre fatores de processo e resultados na avaliação do progresso e da efetividade do tratamento<sup>63,65</sup>. A aliança terapêutica, por exemplo, é um relevante preditor de desfecho, em diferentes modalidades de psicoterapia

<sup>15-17,66</sup>. Especialmente para as psicoterapias psicodinâmicas - que priorizam mudanças estruturais de longo prazo - as características do processo terapêutico e da relação terapêutica são elementares para avaliar a manutenção de resultados<sup>67</sup>.

A concordância de objetivos de tratamento é outro fator que interfere nos resultados de um tratamento. Estudos indicam que, quando paciente e terapeuta concordam em relação aos objetivos do tratamento, os resultados tendem a ser mais significativos<sup>21,22</sup>. Além disso, pesquisas sobre a concordância de objetivo de tratamento entre paciente e terapeuta mostram que este aspecto faz parte do desenvolvimento da aliança terapêutica<sup>68-70</sup>. Porém, a literatura não indica claramente a forma como essas dimensões se relacionam e se desenvolvem ao longo do tempo de tratamento, bem como, sua importância na indicação do progresso e do término do tratamento.

Os fatores do relacionamento paciente-terapeuta têm se mostrado mais influentes que os fatores específicos em determinar o resultado terapêutico<sup>71,72</sup>. No entanto, investigar os elementos da interação entre a dupla torna ainda mais complexas as metodologias empregadas.

### **1.3.5 O presente estudo**

Levando em conta o que foi abordado nesta introdução, a presente tese busca analisar as dificuldades metodológicas encontradas nos estudos naturalísticos de psicoterapia psicodinâmica. Pretendemos contribuir para estabelecer novas diretrizes na condução das pesquisas e fornecer dados que auxiliem a prática clínica. Além disso, apresenta dados atuais para também capacitar os terapeutas e, assim, auxiliar no ensino nas formações em psicoterapia psicodinâmica. Os resultados desta tese serão apresentados em formato de artigos, seguindo as normas das revistas científicas às quais eles foram submetidos.

O primeiro artigo, intitulado “What is the appropriate time to measure process and outcome factors in psychodynamic psychotherapy”, foi recomendado para publicação no periódico *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, estando em processo de revisão final. Esse trabalho problematiza os tempos ideais de medida de processo e resultado na psicoterapia.

O segundo artigo intitula-se “Attrition in naturalistic long-term psychotherapy research: a Briel Report”, em revisão final à *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, e compara as características dos grupos de não resposta e abandono com os pacientes em tratamento que aderem aos protocolos de pesquisa. O terceiro artigo intitula-se “Estudos clínicos em

psicoterapia psicodinâmica: uma revisão do *follow up* das intervenções”, e foi publicado na revista Contextos Clínicos em julho de 2017. Essa revisão abordou as metodologias empregadas para a realização do *follow up*, bem como os resultados das intervenções que utilizaram essa ferramenta.

Por fim, o quarto artigo propõe analisar fatores associados a interação entre a dupla como os objetivos de tratamento e as especificidades das dimensões da aliança terapêutica no processo e no desfecho do tratamento. Esse manuscrito intitulado “Dimensions of therapeutic alliance and treatment goals in psychodynamic psychotherapy”, foi submetido ao periódico Journal of Clinical Psychology e está em processo de revisão.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a adequação de diferentes estratégias metodológicas nas medidas de processo e resultado em psicoterapia psicanalítica.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o tempo apropriado para medir fatores de processo e resultado em psicoterapia psicodinâmica nos primeiros 6 meses de tratamento.
- Investigar as características dos grupos de abandono e não resposta em comparação com o grupo de pacientes que permaneceu em tratamento nos primeiros três meses de psicoterapia e aderiu a pesquisa.
- Avaliar a qualidade da aliança terapêutica em todas as suas dimensões e a concordância quanto aos principais objetivos do tratamento entre paciente e terapeuta, e seu impacto no tipo de término (abandono ou alta) da psicoterapia.
- Analisar como o conceito de follow up é aplicado nas pesquisas em psicoterapia psicodinâmica.



### **3 MÉTODO**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de uma coorte, que acompanhou os primeiros seis meses de psicoterapia. As duplas terapeutas/pacientes que iniciaram psicoterapia dentro do período de coleta foram incluídas.

#### **3.2 LOCAL**

A pesquisa foi realizada no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT), que tem tanto uma escola de pós-graduação em psicoterapias psicanalíticas na infância e adolescência, idade adulta, casal e família, como um ambulatório de atendimento psicoterápico. Os terapeutas são alunos da pós-graduação e terapeutas especialistas. Os pacientes agendam consultas iniciais chamadas de entrevistas de triagem, as quais são realizadas por terapeutas do corpo clínico da instituição – psicólogos formados no curso de pós-graduação e com treinamento especializado em entrevistas iniciais. Os tratamentos são realizados por alunos da pós-graduação ou psicólogos formados pela escola. Estes alunos têm supervisão semanal individual e supervisão semanal coletiva realizada pelo corpo clínico da instituição.

#### **3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA**

O ambulatório recebe seus pacientes através de um serviço de triagem (entrevistas de recepção e pesquisa) realizado por psicólogos especialistas. Após esta entrevista, os pacientes são encaminhados para tratamento de acordo com a indicação terapêutica. As psicoterapias iniciam após esta entrevista de triagem. No momento da triagem, foi feito o convite para que o

paciente participe deste estudo. Os terapeutas foram convidados em reunião, após a apresentação do projeto de pesquisa.

Na triagem, os pacientes respondem a um formulário com os dados sociodemográficos e um instrumento para verificar a severidade dos sintomas (SCL-90-R), o funcionamento defensivo (DSQ-40) e o progresso terapêutico (OQ45), que já fazem parte da rotina do ambulatório.

No final da quarta sessão de psicoterapia, pacientes e terapeutas foram convidados a responderem ao instrumento de aliança terapêutica (WAI) e um formulário pedindo que elejam o principal objetivo para o tratamento. Para acompanhar o progresso terapêutico, os instrumentos de sintomas (SCL-90 -R) e de progresso terapêutico (OQ-45) foram reaplicados aos três e aos seis meses de psicoterapia.

#### 4.4 PARTICIPANTES

A população em estudo foi composta por 304 pacientes adultos e idosos que iniciaram psicoterapia psicanalítica no Contemporâneo entre abril de 2015 e junho de 2016 e concordaram em participar do estudo; e de 51 terapeutas, tanto alunos do curso quanto formados, que concordaram em participar do estudo. Foram excluídos pacientes atendidos por estagiários de psicologia, tendo em vista que estes profissionais oferecem um modelo diferente de psicoterapia – breve e com término fechado.

#### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes maiores de 18 anos, que iniciaram psicoterapia psicanalítica no CIPT entre abril de 2015 e junho de 2016 que concordaram com todas as formas de participação descritas acima e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Terapeutas que atendiam no ambulatório da instituição e concordaram em participar.

### 3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não concordaram em participar do estudo. Crianças e adolescentes foram excluídos, uma vez que critérios de avaliação são bastante particulares para estas faixas etárias. Terapeutas estagiários também não participaram, pelos motivos citados anteriormente, e qualquer outro terapeuta que não concordou em participar do estudo.

### 3.7 INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário sociodemográfico e clínico
2. *Symptom Check-List-90-Revised* (SCL-90-R)
3. *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40)
4. *Outcome Questionnaire* (OQ-45)
5. *Working Alliance Inventory* (WAI)
6. Formulário de objetivos da psicoterapia

A descrição e aplicação destes instrumentos serão apresentadas na seção de metodologia de cada artigo.

### 3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados no SPSS Statistics versão 21.0 As análises específicas estão descritas em cada um dos artigos.

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa de um órgão vinculado ao CONEP (CEP – UFRGS), cadastrado na Plataforma Brasil (43011815.4.0000.5347). Todas as normativas internacionais para pesquisas com seres humanos foram observadas.

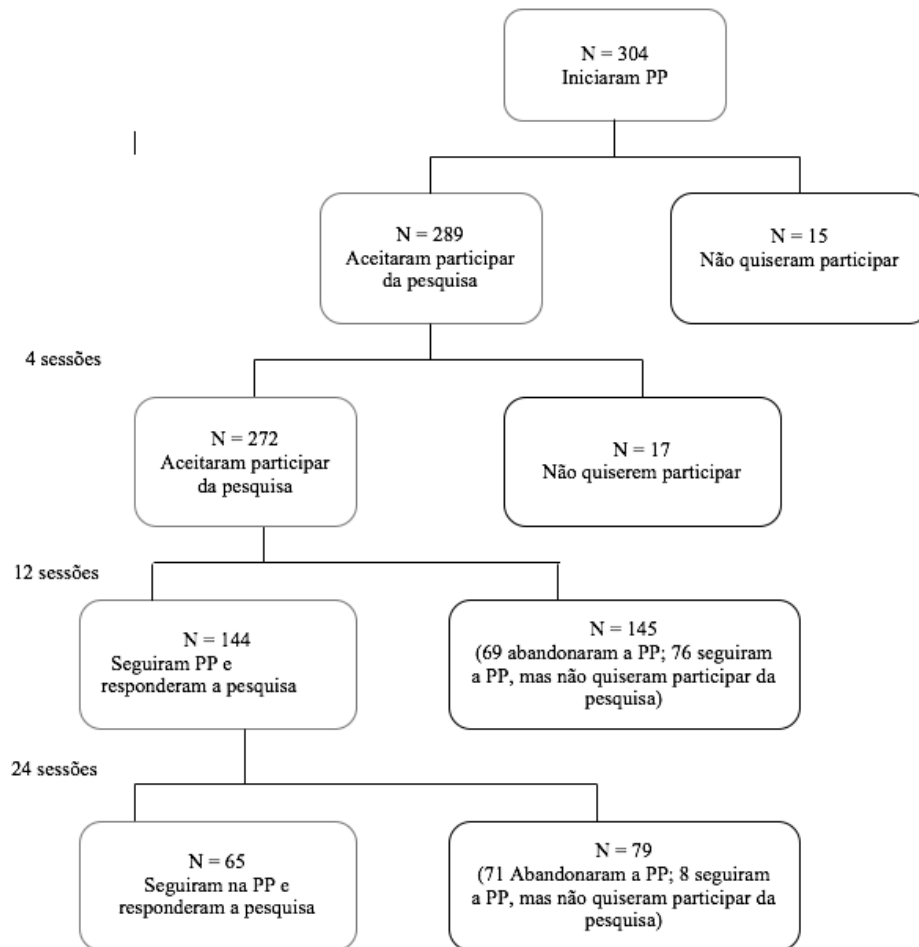
Os pacientes foram convidados a assinar um TCLE, permitindo que os dados de seu atendimento fossem utilizados para fins científicos e de ensino. Receberam garantia de tratamento, independentemente de aceitarem participar da pesquisa ou mediante desistência em qualquer momento. Suas identidades, bem como a dos terapeutas, foram mantidas sob sigilo.

A fim de interferir o mínimo possível no processo terapêutico, os instrumentos foram entregues aos pacientes pela equipe de pesquisa (não o terapeuta) em um envelope fechado. Os pacientes foram informados sobre a forma de preenchimento e a participação facultativa na pesquisa.

Os pacientes devolveram o mesmo envelope lacrado à equipe de pesquisa da instituição. O sigilo das informações presentes nos questionários foi garantido. Ao transportar as informações ao banco de dados, a identidade do paciente também foi protegida; foi transportado apenas o número do prontuário.

## 4 FLUXOGRAMA

O período da coleta de dados ocorreu entre abril de 2015 e junho de 2016, seguindo o fluxograma abaixo:



## 5 RESULTADOS

### 5.1 ARTIGO 1

Short title: PROPER TIME FOR PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY MEASURES

What is the appropriate time to measure process and outcome factors in  
psychodynamic psychotherapy?

(Final reviews in Trends in Psychiatry and Psychotherapy)

#### AUTHORS

Camila Piva da Costa<sup>1</sup>

Carolina Stopinski Padoan<sup>1</sup>

Simone Hauck<sup>1</sup>

Stefania Pigatto Teche<sup>1</sup>

Cláudio Laks Eizirik<sup>1</sup>

1. Federal University of Rio Grande do Sul – UFRGS, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, Brazil

#### CORRESPONDENCE TO

Camila Piva da Costa, [camilapdacosta@gmail.com](mailto:camilapdacosta@gmail.com), Rua Felix da Cunha, 737/606, bairro

Moinhos de Vento, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

#### ACKNOWLEDGEMENTS

“This work was supported by CAPES”.

#### DISCLOSURE

The authors report no conflicts of interest.

## **Abstract**

**Introduction:** Different instruments and ways of measuring factors related to the progress and effectiveness of psychodynamic psychotherapy (PDT) have been widely discussed in the literature. However, there are no established guidelines regarding the appropriate time for these measurements to be performed.

**Objective:** The aim of this study is to problematize what is the appropriate time to measure process (alliance) and initial outcome factors (symptoms, interpersonal relationships, quality, and social role) in the early stages of PDT.

**Method:** Naturalistic cohort study was conducted that followed 304 patients during the first six months of psychotherapy. Therapeutic alliance was evaluated after four sessions; symptoms, interpersonal relationships, and social role were evaluated at intake and after 12 and 24 sessions.

**Results:** Our results indicate that four sessions were enough to measure the therapeutic alliance's bond dimension, while more time is probably necessary to adequately measure other aspects of the therapeutic alliance, such as tasks and goals. However, 12 sessions of treatment proved sufficient to find improvements in all dimensions of the outcome instruments with moderate effect sizes, and those gains were stable at the 24<sup>th</sup> session.

**Conclusion:** According to our findings, 12 sessions seem to be sufficient to access the initial gains in PDT, while more studies are necessary to evaluate the appropriate time to access complete aspects of the therapeutic alliance. Further studies are required to evaluate the appropriate time to assess intermediate and long-term progress regarding symptoms, interpersonal relations, social role and personality reorganization.

**Keywords:** psychodynamic psychotherapy, psychotherapy, cohort studies, interpersonal relations, treatment outcome.

## **Introduction**

Consistent evidence for the effectiveness of psychodynamic psychotherapy (PDT) with effect sizes similar to “empirically supported” psychotherapy approaches has been revealed<sup>1-3</sup>. PDT aims to go beyond a mere reduction of symptoms and instead enable patients with a better understanding of the sources of personal, interpersonal, and professional difficulties<sup>4-7</sup>.

Several studies have investigated which factors of the psychotherapy process have an influence on treatment effectiveness and how PDT outcomes can be reliably measured using various instruments<sup>4-9</sup>. According to Brown, Scholle, and Azur<sup>10</sup>, measurements taken throughout PDT help identify potential dropouts. Further, feedback positively affects treatment outcomes<sup>11</sup>.

However, at present, no thorough guidelines regarding the appropriate time during treatment for measuring each of the processes and outcome factors exist. Considering the importance of defining the appropriate dose of psychotherapy, this issue becomes very important as the information could be used for setting protocols for public health authorities and private insurance companies.

Clinical trials have shown that in carefully controlled and implemented treatments between 57.6% and 67.2% of patients improve within an average of 12.7 sessions. Further, research on the dose–effect relationship in psychotherapy has shown that 11 to 21 sessions would be necessary for at least 50% of patients to recover<sup>12,13</sup>. Other studies have described a dosage model of psychotherapeutic effectiveness that demonstrated a linear relationship between log of the number of sessions and probability of patient improvement (log-normal dose)<sup>14</sup>. Fifty percent of the sample showed reliable improvement by session 6, 60% by session 10, 69% by session 26, and 74% by session 52<sup>14</sup>. Naturalistic data from a nationwide database of over 6,000 patients revealed, however, that the average patient received fewer than five sessions. The rate of improvement in that sample was only about 20%. These results suggest



that, on an average, patients do not get adequate doses of psychotherapy and that, consequently, the recovery process is jeopardized<sup>13,15</sup>. Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, and Thompson found that a mere 50% of patients who scheduled an initial appointment at an outpatient clinic actually attended and, after intake, only 20% completed more than three sessions<sup>16</sup>. This raises the importance of considering what would be the proper protocol for evaluating PDT results that are relevant to different naturalistic settings.

Establishing the appropriate time for different measures is especially important considering the complexity of the PDT treatment. PDT seeks to return the patient to a natural path of personal development through the therapist–patient relationship (transference). Constructive revisions in one’s sense of self and changes in representations of self and others are fostered through the refinement of meta-reflective abilities<sup>4,17</sup>. As part of the process, the patient may undergo a phase where they may be unsettled and in which symptoms appear to worsen. This is to be expected and may necessarily precede the resolution of the internal conflicts that originally drove the patient to seek therapy. The whole process is potentially non-linear, which makes it all the more important to establish the appropriate time at which to evaluate the patient’s progress<sup>18</sup>.

Considering the model stages in psychotherapy, we found the Hill’s model stages that occur in three phases<sup>19</sup>. The first phase is called the *approach stage* and involves exploration, insight, and action. Exploration is based on patient-centered theory and aims to help patients explore their thoughts and feelings. The next phase is the *insight stage*, which involves helping patients understand the reasons behind their thoughts and feelings. The final phase, the *action stage*, focuses on helping patients build the desired changes in their lives.

Another model is based on the concept of “illness”, which has three components, namely feeling ill, showing symptoms, and suffering from a functional disability<sup>14,19</sup>. This model emphasizes empathy, collaboration with the patient throughout therapy, cultural considerations,

and the needs of the individual patient. The illness model presents a three-phase conception of the healing process, as follows: 1) *remoralization*, the enhancement of well-being, which is usually accomplished within a few sessions; 2) *remediation*, the attainment of symptomatic relief, which is accomplished more gradually; and 3) *rehabilitation*, the unlearning of troublesome, maladaptive, long-standing behavior and the establishing of new ways of dealing with various aspects of life, which occurs even more gradually<sup>20,21</sup>. Given that treatment has these different models and phases, it is relevant to follow the patient's progression through therapy by identifying which phase of therapy they have reached.

As the international literature demonstrates 12 sessions as the correct dose of psychotherapy for obtaining early improvement, it can be a suitable time to evaluate initial outcome. In terms of process factors, the therapeutic alliance is the most accurate predictor of psychotherapy outcomes regardless of the type of therapeutic approach.<sup>12-14</sup> The alliance tends to be formed during the initial therapy sessions, and the assessment period would last two to four sessions.<sup>21-24</sup> However, it remains uncertain whether psychotherapy-staging aspects have been considered in these results. Hence, the hypothesis of this study was to investigate whether four sessions can adequately evaluate the therapeutic alliance (process factor) and whether 12 or 24 sessions can evaluate the therapeutic improvement (outcome factors).

## **Method**

### ***Setting***

Our longitudinal and naturalistic study was conducted at an outpatient mental health clinic located in Porto Alegre, southern Brazil. The clinic offers PDT to the general population and is integrated into a school of psychodynamic psychotherapy that provides a PDT training course. Patients voluntarily seek the clinic, and initial evaluation is comprised of the following procedures: 1) who seek psychodynamic psychotherapy are screened by psychologists trained to conduct intake interviews that specialize in PDT; 2) if psychodynamic psychotherapy is

indicated by the interviewer, the patient is referred to a therapist. Patients are assigned therapists based on schedule availability. The treatment is open-ended, based on the long-term psychodynamic model, and frequency is one session per week.

During the initial interview, patients were invited to participate in the study and received instructions. The clinic's adherence to PDT has been the subject of a previous study<sup>25</sup>.

## **Participants**

The study included 304 adult patients who initiated PDT between April 2015 and May 2016 and 51 therapists that agreed to participate. Most of the patients were women (66% vs. 34% of men). With respect to ethnicity, 83% of patients were white, 10% were multiracial, and 7% were black. The mean age was 32.6 years ( $\pm$  10.3), and 77% had higher education. Regarding personal income, which was measured in minimum wages (MW), 33% of participants earned 4 to 6 MW, 32% earned 1 to 3 MW, 25% earned 7 or more MW, and 10% earned up to 1 MW. Regarding marital status, 63% were single and 37% were married. At screening, the main diagnostic hypotheses were mood disorder (40%) and anxiety disorder (40%), followed by disorders of adult personality and behavior (10%), mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (5%), and behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (5%). The main reasons for seeking therapy were depressive problems (47%), anxiety problems (33%), avoidant personality problems (10%), antisocial personality problems (8%), and somatic problems (2%). Most of the therapists participating in this study were women (92%), and the mean age was 34.5 years ( $\pm$  9.8). Regarding academic training, 20 of the therapists (40%) had five or more years of PDT experience at the clinic, 15 (31%) had one year of experience, 8 (16%) had two years of experience, and 8 (13%) had three years of experience. Each therapist had an average of 5,67 (DP=3,64) patients.

## **Instruments**

*Clinical and socio-demographic questionnaire*—Data reported by the patients were collected from a baseline assessment instrument completed by the patients and from the notes taken by professionals during the intake interviews.

*Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*—This instrument assesses nine dimensions of patient symptomatology: somatization, obsessiveness/compulsivity, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. Scores are provided for the patient's global severity (global severity index, GSI), the number of symptoms reported by the patient from a 90-item inventory (positive symptom total, PST), and the intensity of the symptoms (positive symptom distress index, PSDI). This instrument was developed by Derogatis and Savitz and was adapted and validated for the Brazilian population by Laloni<sup>26,27</sup>.

*Outcome Questionnaire (OQ-45)* —This instrument was developed to take repeated measures of the patient's progress in psychotherapy<sup>28</sup>. The questionnaire comprises a 45-item self-report scale with which patients rate their functioning over the past week on a five-point Likert scale ranging from “never” to “almost always.” With OQ-45, a baseline measure can be obtained and then a patient's therapeutic progress can be tracked longitudinally across therapy sessions. This instrument was developed to assess three scales: Symptom Distress (symptoms from the most frequently diagnosed mental disorders, heavily loaded with items that measure depression and anxiety and including items for the detection of substance abuse); Interpersonal Relations (including items that assess problems with friendships, family life, and marriage, particularly elements of isolation, feelings of inadequacy, withdrawal, and conflict); and Social Role (gauging the patient's level of dissatisfaction, conflict, or distress in his/her employment, family roles, and leisure life). The OQ-45 has been translated and adapted to the context of Brazilian culture on the basis of the original and the Portuguese versions<sup>29</sup>.

*Working Alliance Inventory - Long version (WAI)*—This inventory assesses the therapeutic alliance in different psychotherapeutic approaches. The WAI was developed by Horvath<sup>30</sup> and measures the degree of collaboration between therapist and patient in terms of agreement about tasks (specific activities developed by the pair to foster changes), goals (negotiation and agreement on outcome-related therapy goals), and bond (interpersonal relationship between patient and therapist) in accordance with the three aspects of Bordin's alliance model<sup>31</sup>. In the WAI, respondents (patients and therapists) are asked to rate the extent to which they feel certain statements describing the relationship and collaboration are true on a seven-point Likert scale from 1 (never) to 7 (always). The 36-item version scale used has demonstrated temporal stability and high internal consistency and has been shown to possess good convergent and discriminant validity. The reliable association with psychotherapy outcome has been suggested as an indicator of the external or criterion validity of the WAI<sup>32</sup>.

### **Data collection**

Patient screening at intake interviews included a clinical and socio-demographic questionnaire, the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), and the Outcome Questionnaire (OQ-45). During the interview, patients were invited to participate in the study, received information about all the procedures, and provided informed consent. After the intake interview, patients initiated the psychotherapy. When the patient completed the fourth psychotherapy session, the WAI was administered to both patient and therapist. This time point was identified in previous research as ideal for effective data gathering on working alliance<sup>21,24</sup>. SCL-90-R and OQ-45 were applied again after 12 and 24 sessions of treatment to evaluate therapeutic progress. Patients were assured of their right to be informed about the results of their individual assessment, and therapists were assured that the study database did not identify the therapist. To minimize bias in their responses, patients were asked to return the envelopes

to the receptionist instead of returning them to the therapist. The envelopes were then delivered to the research team.

### **Data analysis**

Data were entered into a Microsoft Excel spreadsheet and then exported to SPSS for statistical analysis. Quantitative variables were summarized using mean and standard deviation, while categorical variables were converted into percentages. The therapeutic alliance data were analyzed according to the linear mixed model estimated by restricted maximum likelihood using the statistical software SPSS V.21. The outcomes analyzed were the therapeutic alliance variables according to the WAI instrument as a fixed factor and the following adjustment variables: characteristics of the patient (sex, age, and diagnostic hypothesis) and characteristics of the therapist (gender, age, and length of experience).

To evaluate the OQ-45 and SLC-90-R, a generalized estimating equation model was used to analyze variation over time. The Bonferroni correction was performed to correct multiple comparisons. Significance level was set at 5%. The resulting effect size was established for each measure at the three time points (Cohen's *d*). Following general convention<sup>33</sup>, an effect size of 0.20 was considered to be a small effect, 0.40 a moderate effect, and 0.80 a large effect.

### **Ethical considerations**

The present study was approved by the ethics committee responsible for medical research where the study was conducted (CAAE 43011815.4.0000.5347). All international standards for research involving human subjects were followed. To avoid interference in the therapeutic process, therapists and patients were not involved in the data collection procedures. The patients were informed about their right to withdraw from the study, voluntary participation, and potential risks and benefits. The patients that agreed to participate (signing

informed consent after the research goals and methods had been fully explained) comprised the study sample.

## **Results**

Results are presented starting with the process factor (therapeutic alliance), followed by outcome factors (symptoms, interpersonal relationships, and social role). At the baseline (time 1), 304 patients initiated psychotherapy and 289 agreed to participate in the study. After the fourth session, 272 patients completed the therapeutic alliance questionnaires. After 12 sessions (time 2), 144 patients participated, and after 24 sessions (time 3), 65 patients participated. The flowchart with the participations and the attrition is presented below. [flowchart near here]

### **Process factor: Therapeutic alliance**

With regard to the therapeutic alliance inventory (WAI), there was a statistically significant difference between the perceptions of patients and of therapists in the dimensions of tasks ( $p = 0.001$ ) and of goals ( $p < 0.001$ ) as well as in the total score ( $p = 0.002$ ). There were no significant differences in the bond dimension ( $p = 0.184$ ) (see Table 1). Therefore, at the time of measurement, despite the perception of a similar bond, patients and therapists disagreed on what the focus of therapy (goals) should be and on what should be done to achieve treatment goals (tasks). Patients tended to give better evaluations of the therapeutic alliance than therapists (total score). [Table 1 near here]

### **Outcome factors: Symptoms and treatment progress**

Table 2 shows a comparison of the OQ-45 subscales at three time points (pre-treatment/screening, at 12 sessions of treatment, and at 24 sessions of treatment). There were statistically significant differences in the overall score between time points 1 and 2, and the effect size was moderate. An improvement in symptoms was found from pre-treatment to 12

sessions of treatment and was maintained at 24 sessions of treatment. There was no further improvement from 12 sessions to 24 sessions. [Table 2 near here]

A comparison of SCL-90-R dimensions at the three time points is shown in Table 3. There were statistically significant differences along most dimensions between time points 1 and 2, and the effect size was moderate. There was a decrease in symptoms from pre-treatment to 12 sessions of treatment, and this improvement was maintained at 24 sessions of treatment. There was no further improvement from 12 sessions to 24 sessions. The only dimension that evolved differently was phobic anxiety, for which there was a statistically significant difference only between time points 1 and 3 ( $p = 0.001$ ,  $d = 0.33$  (0.06-0.60), indicating that this symptom took more time to improve in our sample (24 sessions of treatment). [Table 3 near here]

### **Discussion**

Although interpreting these data is difficult due to the complexity of the psychodynamic process, discussion about the most appropriate time to assess the constructs of therapeutic alliance and initial outcome is crucial for developing research protocols capable of evaluating what we wish to measure. PDT involves several subjective variables, including not only the characteristics of patients and therapists but also phenomena involving the pair in a process that is by definition not necessarily linear<sup>34-36</sup>. It is essential to know the minimum time required to evaluate different outcomes to establish adequate protocols for treatments in different settings, an issue that is particularly relevant for public health authorities and private insurance providers.

In the alliance assessment patients gave better evaluations than therapists on the goals dimension (negotiation and agreement on therapy goals in terms of outcomes) and on the task dimensions (specific activities developed by the pair to foster changes), while there was no significant difference on the bond dimension (interpersonal relations between patient and therapist). These results may be an indication that therapists prioritize the development of the analytical relationship (bond) in the early sessions before establishing goals and tasks and that



the bond is established sooner than more “complex” aspects of the therapeutic alliance<sup>17,37,38</sup>. This explanation is consistent with the aforementioned findings, which identified a difference in treatment goals between patients and therapists at the beginning of PDT.

In this study, however, despite a difference in evaluation, both patients and therapists gave a positive evaluation of the therapeutic alliance. This finding supports the idea that the difference in treatment goals and tasks may not be a negative factor but may be a stage in an unfinished process, suggesting that more than four sessions would be necessary in order for all aspects of the alliance to be developed. A study on patients’ motivation and its association with psychopathological states and session outcomes found that assessing goals in an intermediate phase, between the seventh and the fifteenth session, resulted in more positive evaluations by both patients and therapists than assessments carried out after the first five sessions.<sup>39</sup>

Our findings do not confirm our hypothesis that four sessions were sufficient for the patient to evaluate process factors such as therapeutic alliance. In Hill’s three-phase model, for example, the initial stage of therapy is characterized by patients feeling hopeful about therapy, since they have initiated the help-seeking behaviors (the re-moralization stage)<sup>19</sup>. The therapist should help the patient understand how the analytical work functions, developing a therapeutic bond and identifying complaints more accurately so that these complaints are turned into psychotherapy goals and tasks<sup>40</sup>. We, therefore, believe that at four sessions goals and tasks were being developed but not finalized. Longer times in psychotherapy are needed to better measure those aspects.

Regarding the outcome measures, this study demonstrated that patients significantly improved in all OQ-45 subscales and SCL-90-R dimensions at 12 sessions of PDT. They showed not only a decrease in symptoms but also improvements in the OQ-45 subscales of symptom distress, interpersonal relations, and social role. The dimension that only decreased after 24 sessions was phobic anxiety, which is a persistent fear-related response directed at a

person, a place, an object, or a situation. It is irrational and disproportional to stimuli, leading to escape and avoidance behaviors<sup>26</sup>. Because this is a symptom related to avoidance, the phobic anxiety patient may have more trouble developing a therapeutic bond and may therefore need more time to achieve satisfactory results. Nevertheless, since most subscales and dimensions of the instruments showed a significant improvement at 12 sessions of treatment, these data indicate that this time point may be appropriate for an initial assessment of improvement.

In light of these results, the authors suggest that psychotherapy should be quantified in three stages: early, intermediate, and advanced. This study shows that improvement in symptom distress and other significant factors such as interpersonal relations and social role occurs in the early stage with a 12-session dose.

There is no improvement, however, between 12 and 24 sessions. This period may represent the intermediate phase of psychotherapy, where the patient's defenses are broken down and transference is established. In the advanced phase, personality reorganization occurs, which is part of a specific psychodynamic model which takes even more time. Our hypothesis is that there is no improvement during this period because treatment shifts stages and focuses on structural changes that require more time to produce results.

Future studies are, therefore, needed to determine what time is sufficient to measure intermediate and long-term improvement in PDT<sup>41,42</sup>. The authors believe that the effectiveness of PDT depends on a combination of the number of sessions, presence of therapeutic bond, and proper definition of treatment goals and interventions. The authors suggest that the early stage of PDT should include 12 sessions and last approximately three months, focusing on crisis symptoms and development of the therapeutic alliance. After this period, all dimensions of the therapeutic alliance, especially the focus of the treatment, should be reassessed when progressing to the intermediate phase<sup>43</sup>.

There are limitations in this study that should be considered. The study was conducted at a single institution. Measurements were performed only during the first 24 sessions of psychotherapy and, as with most naturalistic studies; there was a high rate of sample attrition. Measurements of alliance were not repeated at 12 and 24 sessions of treatment. Further research should explore whether changes in alliance and agreement occur at those intervals. The findings would represent an important step toward establishing the appropriate time at which to measure process-specific factors.

Nevertheless, our study raises important questions about the time necessary for measuring different aspects of the therapeutic alliance, a factor that has been proven to be directly associated with the outcome. Our study shows that 12 sessions could be an appropriate point at which to measure several outcome factors in a naturalistic PDT setting. This could be relevant not just for the design of research protocols but also in discussions about sufficient doses of psychotherapy in different settings. Our findings could also be useful in instructional settings, such as at the PDT school where our study was conducted, since 12 sessions may be the most appropriate time at which to assess the performance of therapists undergoing PDT training.

## References

1. Steinert C, Muder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry*. 2017;15:1-11.
2. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*. 2015;14:137-50.
3. De Maat S, de Jonghe F, de Kraker R, Leichsenring F, Abbass A, Luyten P, Dekker J. The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: A meta-analytic approach. *Harv Rev Psychiatry*. 2013;21:107-37.
4. Luyten P, Blatt S, Mayes L. Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy research: The need for a (relatively) new paradigm. In: Levy RA, Ablon J, Kachele H, editors. *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Humana Press; 2012. p.145-60.
5. Roth A, Fonagy P. *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. 2nd ed. London: The Guildford Press; 2005.
6. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010 Feb-Mar;65(2):98-109.
7. Leuzinger-Bohleber M & Kächele H. (Eds.). *An Open door review of outcome and process studies in psychoanalysis*. 3<sup>rd</sup> Ed. London: International Psychoanalytical Association. 2015.
8. Goldfried M. Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychother Res*. 2000;10:1-16.
9. Werbart A, Andersson H, Sandell R. Dropout revisited: Patient and therapist initiated discontinuation of psychotherapy as a function. *Psychother Res*. 2014;24:724-37.
10. Brown J, Scholle SH, Azur M. *Strategies for measuring the quality of psychotherapy: A white paper to inform measure development and implementation*. Report submitted to the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. Contract No.: HHSP23320095642WC and task order number HHSP 23320100019WI). Washington, DC: Mathematica Policy Research. 2014.
11. Lambert MJ, Harmon C, Slade K., Whipple JL, Hawkins EJ. Providing feedback to psychotherapists on their patient's progress: Clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol*. 2005;61:165-74.
12. Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol (New York)*. 2002;9:329-43.
13. Lambert MJ. Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychother Res*. 2007;17:1-1.

14. Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose—response relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
15. Schiepek G, Aichhorn W, Gruber M, Strunk G, Bachler E, Aas B. Real-time monitoring of psychotherapeutic processes: Concept and compliance. *Front Psychol*. 2016;7:1-11.
16. Barrett MS, Chua WJ, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychother Theor Res Pract Train*. 2008;45:247-67.
17. Gelso CJ. *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. Washington DC: American Psychological Association; 2011.17.
18. Grande T, Wolfram K, Rudolf G. What happens after treatment: Can structural change be a predictor of long-term outcome? In: Levy RA, Ablon JS, Kachele H, editors. *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Humana Press; 2012. p. 169-83.
19. Hill CE. Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychother Theor Res Pract Train*. 2005;42:431-42
20. Howard KI, Lueger RJ & Kolden GG. Measuring progress and outcome in the treatment of affective disorders. In: LM Horowitz, MJ Lambert & HH Strupp (Eds.). *Measuring patient change after treatment for mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery*. Washington, DC: American Psychological Association. 1997. p. 263–281
21. Norcross JC & Lambert MJ. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):4-8.
22. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C & Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):9-16.
23. Horvath AO. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *J Clin Psychol*. 2000 Feb;56(2):163-73
24. Philips B, Wennberg P, Wezbart A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*. 2007; 80, 229-245. <https://doi.org/10.1348/147608306X12826625>
25. Gastaud MB, Costa CP, da Padoan CS, Berger D, D’Incao DB, Krieger DV, Lacerda LD. Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar [Adherence to technique in psychoanalytic psychotherapy: A preliminary study]. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61:189-90.
26. Derogatis LR, Savitz KL. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In: Maruish ME, editor. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 297-334.
27. Lalon D. *Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R): Adaptação, precisão e validade* [unpublished doctoral dissertation]. Campinas: Pontificia Universidade Católica of Campinas; 2001.

28. Lambert M, Burlingame G, Umphress V Hansen N, Vermeersch D, Clouse G & Yanchar S. 1996. The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clin. psychol. psychother*, 1996;3(4):249-258.
29. Carvalho LF, Rocha GMA. Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*. 2009;14:309-16.
30. Horvath AO, Greenberg, LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol*. 1989;3:223-33.
31. Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic)*. 1979;16:252-60.
32. Horvath AO. Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In: Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1994. p. 109-28.
33. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
34. Tryon GS, Winograd G. Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy (Chic)*. 2011;48:50-7.
35. Daniels J, Wearden AJ. Socialization to the model: The active component in the therapeutic alliance? A preliminary study. *Behav Cogn Psychother*. 2011;39:221-7.
36. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *J Affect Disord*. 2012;138:301-12.
37. Garcia JA, Weisz JR. When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:439-43.
38. Borgeat F, O'Connor K, Amado D, St-Pierre-Delorme MÈ. Psychotherapy augmentation through preconscious priming. *Front Psychiatry*. 2013;4:1-8.
39. Michalak J, Klappheck MA, Kosfelder J. Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the "why" of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychother Res*. 2004;14:193-209.
40. Schöttke H, Trame L, Sembill A. Relevance of therapy goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. [Psychother Res. 2014;24:711-23.](#)
41. Gabbard GO. *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. Arlington: American Psychiatric Pub. 2017.p.240.
42. Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM & Taylor D. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*. 2015;14(3):312-321.

43. Lingiardi V, Colli A, Gentile D & Tanzilli A. Exploration of session process: Relationship to depth and alliance. *Psychotherapy*. 2011;48(4)391-400.

Table 1: Therapeutic alliance between patient and therapist after four sessions

	Patient	Therapist	Difference	p
	mean [95% CI]	mean [95% CI]	mean [95% CI]	
Task	5.81 [5.69; 5.93]	5.57 [5.48; 5.65]	0.25 [0.10; 0.39]	0,001
Bond	5.81 [5.70; 5.91]	5.72 [5.64; 5.80]	0.08 [-0.04; 0.21]	0,184
Goal	5.56 [5.44; 5.68]	5.26 [5.16; 5.35]	0.31 [0.16; 0.45]	< 0.001
Total	5.73 [5.62; 5.83]	5.51 [5.43; 5.59]	0.21 [0.08; 0.34]	0,002

Comparison of the means performed by linear model analyses.



Table 2 - Comparison of OQ-45 subscales at three time points.

OQ-45	Time point						P (1-2)	Effect size- CI	P (1-3)	Effect size- CI	P (2-3)	Effect size- CI
	1		2		3							
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD						
Symptom distress	45,89	15,35	35,28	16,13	34,71	12,66	<0.001	0.68 (0.47-0.88)	< 0.001	0.75 (0.47-1.02)	0,999	0.04 (-0.26-0.33)
Interpersonal relations	18,76	6,16	16,83	7,82	16,68	6,33	0,004	0.3 (0.08-0.49)	0,025	0.34 (0.07-0.61)	0,999	0.02(-0.27-0.31)
Social role	14,11	5,23	12,07	4,39	12,14	3,94	<0.001	0.41 (0.21-0.61)	< 0.001	0.40 (0.12-0.66)	0,999	0.01(-0.31-0.28)
Total score	78,12	23,72	64,21	24,82	63,51	20,22	<0.001	0.58 (0.37-0.78)	< 0.001	0.63 (0.36-0.90)	0,999	0.03(-0.26-0.32)

P values were obtained using a generalized estimating equation analysis. Effect size by Cohen's d.

Table 3 - Comparison of SCL-90-R dimensions at three time points.

SCL-90-R	1		2		3		P (1-2)	Effect size-CI	P (1-3)	Effect size-CI	P (2-3)	Effect size-CI
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD						
Global Severity Index (GSI)	1,3	0,7	0,96	0,66	0,87	0,58	< 0.001	0.5 (0.29-0.70)	<0.001	0.62 (0.35-0.89)	0,377	0.14 (-0.16-0
Positive Symptom Total (PST)	52,41	19,57	46,4	21,92	45,05	19,3	0,001	0.3 (0.09-0.50)	0,005	0.38 (0.11-0.65)	0,999	0.06 (-0.23-0
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	2,07	0,59	1,69	0,54	1,63	0,49	< 0.001	0.66 (0.46-0.87)	<0.001	0.77 (0.49-1.04)	0,869	0.11 (-0.18-0
Somatization	1,14	0,92	0,86	0,75	0,83	0,72	< 0.001	0.32 (0.12-0.52)	0,004	0.35 (0.08-0.62)	0,999	0.04 (-0.25-0
Obsessiveness/compulsivity	1,46	0,83	1,15	0,83	1,03	0,69	< 0.001	0.37 (0.17-0.57)	<0.001	0.53 (0.26-0.80)	0,454	0.15 (-0.14-0
Interpersonal sensitivity	1,54	0,89	1,2	0,84	1,07	0,86	< 0.001	0.4 (0.19-0.59)	<0.001	0.53 (0.26-0.80)	0,451	0.15 (0.14-0.
Depression	1,82	0,91	1,32	0,88	1,23	0,75	< 0.001	0.56 (0.35-0.76)	<0.001	0.67 (0.39-0.94)	0,896	0.11 (-0.19-0
Anxiety	1,21	0,9	0,85	0,81	0,77	0,64	< 0.001	0.41 (0.21-0.61)	<0.001	0.51 (0.24-0.78)	0,678	0.1 (-0.19-0.
Hostility	1,15	0,96	0,69	0,67	0,7	0,68	< 0.001	0.53 (0.32-0.73)	<0.001	0.5 (0.22-0.76)	0,999	0.01 (-0.31-0
Phobic anxiety	0,71	0,84	0,57	0,69	0,45	0,53	0,057	0.18 (-0.02-0.38)	<0.001	0.33 (0.06-0.60)	0,118	0.19 (-0.11-0
Paranoid ideation	1,2	0,89	0,88	0,74	0,86	0,78	< 0.001	0.38 (0.18-0.58)	0,002	0.38 (0.10-0.64)	0,999	0 (-0.29-0.29
Psychoticism	0,94	0,73	0,65	0,67	0,57	0,59	< 0.001	0.41 (0.21-0.61)	<0.001	0.52 (0.25-0.79)	0,564	0.12 (-0.17-0

P values were obtained using a generalized estimating equation analysis. Effect size by Cohen's d.

## 5.2 Artigo 2

### **Attrition in Clinical Psychotherapy and Research: A Brief Report**

### **Pérdidas de muestra en la clínica y la investigación psicoterapéutica**

(Em revisão final na Revista Argentina de Clinica Psicologica)

Camila Piva da Costa<sup>1</sup>, Carolina Stopinski Padoan<sup>1</sup>, Simone Hauck<sup>1</sup>, Stefania Pigatto Teche<sup>1</sup> and Cláudio Laks Eizirik<sup>1</sup>

1. Federal University of Rio Grande do Sul – UFRGS, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, Brazil

\*Requests for reprints should be addressed to: Camila Piva da Costa, [camilapdacosta@gmail.com](mailto:camilapdacosta@gmail.com), Felix da Cunha, 737/606. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

### **Abstract**

Panel attrition is a frequent problem in psychotherapy practice and research settings. Understanding the characteristics of these groups is relevant to developing adherence strategies. Objectives: Investigate the baseline characteristics associated with drop out and the refusal to answer the research instruments following 12 sessions of psychotherapy. Methods: 304 patients were evaluated at intake

and after 12 sessions of psychotherapy with reference to their socio-demographic data; symptomatology; symptom distress, interpersonal relations, social role and defensive style. Results. Patients who either dropped out, or accepted treatment but did not answer the questionnaires, demonstrated more immature defense mechanisms, such as passive aggression. Furthermore, the group who refused to respond the instruments showed more denial and symptoms of hostility. This results suggest that the clinical profile of these groups could contribute to their decision to not answer follow-up questionnaires or to drop out treatment.

Key words: psychodynamic psychotherapy; patient drop out; diagnosis; defense mechanisms

### **Resumen**

Pérdidas de muestra es un problema frecuente en los entornos de investigación y en la clínica de psicoterapéutica. Comprender las características de estos grupos es relevante para desarrollar estrategias de adherencia. Objetivos: Investigar las características basales asociadas con el abandono y la negativa a responder a los instrumentos de investigación después de 12 sesiones de psicoterapia. Métodos: se evaluaron 304 pacientes al ingreso y después de 12 sesiones de psicoterapia con referencia a sus datos sociodemográficos; sintomatología; angustia de los síntomas, relaciones interpersonales, rol social y estilo defensivo. Resultados. Los pacientes que abandonaron o aceptaron el tratamiento pero no respondieron los cuestionarios demostraron mecanismos de defensa más inmaduros, como la agresión pasiva. Además, el grupo que se negó a responder los instrumentos mostró más rechazo y síntomas de hostilidad. Estos resultados sugieren que el perfil clínico de estos grupos podría contribuir a su decisión de no contestar los cuestionarios de seguimiento o abandonar el tratamiento.

Palabras clave: psicoterapia psicodinámica; abandono del paciente; diagnóstico; Mecanismos de defensa

### **Introduction:**

Panel attrition is a frequent problem in longitudinal naturalistic long-term psychotherapy (Swift

& Greenberg, 2012; Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008). It includes treatment drop out, and non-responsiveness, which produces biased results in psychotherapy measures (Kegel & Fluckiger, 2014; Steiner, Krause, & Leichesering, 2016). Evaluating the specific characteristics of drop out and non-responsive groups constitutes an important issue in any longitudinal study (Stevens et al. 2006; Roseborough, McLeod, Wright, & 2015).

Treatment drop out is also referred to as premature discontinuation (Swift & Greenberg, 2012), or premature termination (Corning & Malofeeva, 2004), and it does not permit the development of effective psychotherapy (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Reis & Brown, 1999). It also reduces the likelihood of recovery (Anderson & Lambert, 2001; Warden et al., 2009). Demographic variables such as socioeconomic status, race, and educational attainment have been associated historically with client dropout rates (Buttall, 2012; Warden et al., 2009; Wierzbicki & Pekarik, 1993), while other characteristics such as age (Edlund et al., 2002; Reis & Brown, 1999; Thormaehlen, Weinryb, Noreń, Vinnars, & Bagedahl- Strindlund, 2010), gender (Reis & Brown, 1999), and treatment modality have produced less consistent findings (Barrett et al., 2008).

A non-response bias refers to the mistake made when estimating population characteristics based on a sample of survey data, in which, due to non-responsiveness, certain types of survey respondents are under-represented (Groves, 2006; Behaghel & Blau, 2012). It seems that non-response bias is the rule rather than the exception in epidemiological surveys, and this has long been recognized (Cheung et al., 2017). Selective non-responsiveness may be associated with general characteristics of the study population. Previous studies have shown that females, older individuals, and individuals with higher education levels are more likely to return postal questionnaires (Steiner, Krause, & Leichesering, 2016). Furthermore, other studies indicate that patients do not often report feeling burdened by completing questionnaires, even though some tasks in questionnaires may be considered tedious. Quite often, respondents express interest and curiosity about the research, which are encouraging qualities to find in any patient seeking psychotherapy (Patel et al., 2003).

We believe that studying panel attrition could be useful to develop strategies to avoid losing huge amounts of participants, which hinders the validity of studies and their trustworthiness. Furthermore, there is consistent data's about the sociodemographic characteristic's of the dropout group, but not about clinical factors. Considering the non-response group the literature is scarce on this

subject in psychotherapy, or its relevancy to understanding the characteristics of the groups for treatment planning. Therefore, the aim of the present paper is to investigate the baseline characteristics of the drop out and non-responsive groups, compared to the group that remained in treatment and responded to the research protocol after 12 sessions of psychotherapy.

## **Method**

### Setting

This study was part of a cohort study in an outpatient clinic located in Porto Alegre, southern Brazil. The clinic offers psychodynamic psychotherapy (PDT) to the general population and is integrated with a school that provides a PDT training course. The clinic's adherence to PDT has been the subject of a previous study (Gastaud et al., 2012). Patients referred for PDT were followed for three months, and later were divided into three groups to compare baseline factors: research drop outs, research non-responders, and research responders.

### **Participants**

The study included 304 adult patients that began PDT between April 2015 and May 2016 and agreed to participate. Most patients were women (65.8%), their mean age was 32.6 years ( $\pm 10.3$ ), and 77% had a higher education. Marital status demographics revealed that 63% were single and 26% were married. During screening, the main diagnostic hypotheses were mood disorder (40%) and anxiety disorder (40%). The main reasons for seeking therapy were depression (47%) and anxiety (32%). Most of the 51 therapists participating in the study were women (92%), with a mean age of 32.6 years ( $\pm 9.8$ ). Their academic training varied, with 20 (40%) having five years or more of clinical PDT experience, 15 (31%) with one year's experience, 8 (16%) had 2 years' experience and 8 (13%) had three.

### **Instruments**

*Clinical and socio-demographic questionnaire*—Patient data was collected using a baseline assessment instrument completed by the patients themselves, as well as from case notes taken by professionals during the intake interviews.

*Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*—This instrument assesses nine dimensions of patient symptomatology: somatization, obsessiveness/compulsivity, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. Scores are provided that indicate the patient's global severity index (GSI), the number of symptoms reported by the patient from a 90-item inventory (positive symptom total, PST), and their intensity (positive symptom distress index, PSDI). This instrument was developed by Derogatis and Savitz (2000) and adapted and validated for the Brazilian population by Laloní (2001).

*Outcome questionnaire (OQ-45)*—The OQ-45 is a self-reporting tool that comprises 45 items which are grouped into three scales, namely Symptom Distress (SD = 25 items), Interpersonal Relations (IR = 11 items) and Social Role (SR = 9 items), which adds up to provide a total score (OQ Total Score). The OQ-45 has been translated and adapted for the Brazilian population by referring to the original and the Portuguese versions (Carvalho & Rocha, 2009). The OQ-45 has been proven to be a suitable measurement tool for the Brazilian population (Silva, Alves, Peixoto, Rocha & Nakano 2016).

*Defense Style Questionnaire (DSQ-40)*—This questionnaire assesses the patient's defensive style, with a classification of the defenses used by the patient across three factors: mature, neurotic, and immature. This instrument was originally developed by Bond, Gardner, Christian, and Sigal (1983), reorganized by Andrews, Singh, and Bond (1993), and translated and validated for the Brazilian population by Blaya et al. (2004).

## **Data collection**

At the intake interview patients were invited to respond a clinical and socio-demographic questionnaire (gender, age, education, income, marital status, diagnosis, and reason for consultation), patient symptomology questionnaire (SCL-90-R), patient's defensive style questionnaire (DSQ-40) and progress in psychotherapy questionnaire (OQ45). This study aimed to evaluate panel attrition across the first three months of treatment, to compare the clinical and socio-demographic characteristics of patients at screening between the following groups: patients who remained in treatment and answered

the research instruments (group A); patients who accepted treatment but refused to answer the research instruments (group B); and patients who dropped out before completing the next assessment (group C). A flowchart of participation in the phases of the study is presented below. [Flowchart near here]

### **Data analysis**

Quantitative variables were described by mean and standard deviation, and categorical variables by percentage. To compare quantitative variables with symmetric distribution between three groups, a variance analysis was used, followed by the Tukey post-hoc test. A chi-square test was used to compare categorical variables, and residual analysis was used to identify categories in which the observed value was higher than expected.

### **Results**

We compared patients who remained in treatment and answered the research instruments (group A); patients who accepted treatment but refused to answer the research instruments (group B); and patients who dropped out before completing 12 sessions of treatment (group C), by evaluating their baseline socio-demographic and clinical characteristics following 12 sessions of psychotherapy.

We found that patients who dropped (group C) out or did not answer the research instruments (group B) showed specific clinical characteristics, such as symptoms of hostility and the use of immature defense mechanisms.

Our analysis of immature defenses found the mean factor score was 81.85 ( $\pm$  21.47) in group A; 92.09 ( $\pm$  23.41) in group B; and 84.70 ( $\pm$  24.36) in group C. Comparing across groups, immature defense mechanisms were less frequently reported in group A ( $P = 0.007$ ). There was a statistically significant difference in passive aggressive mechanisms between group A ( $6.58 \pm 2.87$ ), group B ( $7.74 \pm 3.34$ ), and group C ( $7.95 \pm 4.35$ ); with groups B and C displaying more passive-aggression than the patients that remained in PDT and answered the instruments ( $P = 0.011$ ). The mean score for denial mechanisms was 5.55 ( $\pm$  3.11) in group A; 6.94 ( $\pm$  4.08) in group B; and 5.46 ( $\pm$  3.34) in group C. Therefore, group B scored higher for denial mechanisms ( $P = 0.011$ ). [Figure 1]



Patients were also compared in terms of the SCL-90-R results obtained prior to treatment. There was a statistically significant difference in levels of hostility ( $P = 0.017$ ) between group A ( $1.02 \pm 0.87$ ) and group B ( $1.29 \pm 1.12$ ). [Figure 2].

## **Discussion**

During this study, patients who either dropped out, or accepted treatment but did not answer the questionnaires at follow-up, presented marked differences to the group that remained in treatment and responded to the questionnaires. Groups B and C had more immature defense mechanisms, such as passive aggression. Furthermore, the group that remained in treatment and did not answer the protocols has more denial, and symptoms of hostility, suggesting that the clinical characteristics of this group of patients could contribute to their decision not to answer follow-up questionnaires.

Passive aggressive mechanisms indicate that the patient uses passive ways of being aggressive toward others (Blaya et al., 2004). This result indicates that patients that prematurely drop out, and patients that do not answer questionnaires, probably resist receiving therapeutic help, or compliance with research protocols, as a form of defense.

In addition to their passive aggressive defensive mechanisms, the non-responder's group reported higher levels of denial and hostility. Denial is evident when a patient tries to deny aspects of own psychic reality (Blaya et al., 2004). Patients with symptoms of hostility display negative behavior and affect, such as irritability, anger, resentment, and a tendency to prevent a collaborative attitude toward a process with no immediate purpose (Derogatis & Savitz, 2000). These results indicate that these patients present personality traits of contestation and ambivalence, because on the one hand they follow treatment and want to improve, but on the other they do not want to comply with the proposals of the care giving institution.

A dropout level of 24% was observed in the present study, which agrees with the findings across the existing research literature. Dropout rates reported in the literature generally range from between 10% to 50%, across all the different modalities of psychotherapy, settings, and treatment (Swift & Greenberg, 2012; Hans & Hiller, 2013; Kegel & Flückiger, 2015). It is important to emphasize that our study did not compensate patients in any form for participating in the research, which potentially elevates

dropout rates, while at the same time, our figures approximate the dropout rates of natural treatment settings.

Therefore, this data increases the external validity of the study, since it demonstrates that patients are accepting treatment under their own volition and not as a means to receive other benefits. Research that is dependent upon voluntary subject participation is particularly vulnerable to sampling bias (Cheung et al, 2017). Patients treated in academic settings are more likely to be willing to complete time-consuming research batteries. Conversely, patients in clinical service settings must pay for treatment, and often find research recruitment efforts unexpected and intrusive (Rich, 2014).

Literature that refers to socio-demographic and clinical factors indicates that some social indices do affect response rates, such as greater age, male gender, non-white race, urban residence, low education status, unemployment, low family income, smokers, physical inactivity, and obesity (Patel et al., 2003; Van Lonn, et al., 2003; Paganini-Hill et al., 1993). Considering the sociodemographic factors (gender, age, marital status, education,) in this study we did not find differences across the three groups.

Considering the clinical factors, studies generally show that respondents report better mental health and more positive health-related behaviors than non-respondents (Patel et al., 2003; Kypri & Samaranayaka, et al., 2011; Maclennan et al., 2012). Our study is in agreement with the findings reporting that responsive patients have more mature defense mechanisms, are more ready to initiate psychotherapy, and possibly have better outcomes (Roth & Fonagy, 2005; Shedler, 2010; Gastaud, Padoan, & Eizirik, 2014).

Furthermore, non-responders are a common occurrence, yet they have long been neglected, and it is time they became an integral part of research (DeFife et al., 2015). Understanding the characteristics of participants who do not comply with research protocols, or stop treatment, is important to create appropriate study designs for different populations. It could also help to identify groups of patients that may benefit from other treatments, and/or treatment settings.

This study contributes to the literature that highlights the symptoms and mechanisms of psychological defenses. In clinical terms, it is suggested that aggression and denial should be considered at the time of the assessment of indicators for treatment. Patients who display symptoms of hostility from the beginning require psychotherapists to observe the intensity of their mechanisms, which

could help to prevent non-adherence. To reduce drop out and improve compliance with research, it is suggested that clinicians take individual time with participating patients to explain the rationale for the research, to clarify doubts, and make a space for dialog, so that this does not appear in the form of acting out, especially in patients that present more immature defense mechanisms and features of hostility.

There are some limitations to this study that should be considered. The amount of clinical experience and other therapist variables could mediate the process and outcome factors, so it will be important to consider these in future studies. Furthermore, a lack of positive reinforcement for the patients' time and effort invested in completing the assessments could be one of the confounding variables contributing to the dropout rate of a specific groups of patients. Changes in the environment should also be considered as a factor in forming a patient's decision to drop out.

## References

- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*(7), 875-888.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 45*(2), 247.
- Behaghel, L., & Blau, D. M. (2012). Framing social security reform: Behavioral responses to changes in the full retirement age. *American Economic Journal: Economic Policy, 4*(4), 41-67.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L. H., Bond, M., & Manfro, G. (2004). Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(4), 255-258.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of general psychiatry, 40*(3), 333-338.
- Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(2), 155-167. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.8.2.155>

- Buttell, F. P., Powers, D., & Wong, A. (2012). Evaluating predictors of program attrition among women mandated into batterer intervention treatment. *Research on Social Work Practice*, 22(1), 20-28.
- Cheung, K. L., Peter, M., Smit, C., de Vries, H., & Pieterse, M. E. (2017). The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: A comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. *BMC public health*, 17(1), 276.
- Corning, A. F., & Malofeeva, E. V. (2004). The application of survival analysis to the study of psychotherapy termination. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 354.
- Carvalho, L., & da Rocha, G. M. A. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*, 14(3), 309-316.
- DeFife, J., Drill, R., Beinashowitz, J., Ballantyne, L., Plant, D., Smith-Hansen, L., ... & Davila, M. (2015). Practice-based psychotherapy research in a public health setting: Obstacles and opportunities. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(4), 299.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-851. doi:10.1176/appi.ajp.159.5.845
- Gastaud, M. B., Costa, C. P. D., Padoan, C. S., Berger, D., D'Incao, D. B., Krieger, D. V.,... & Camozzato, M. A. V. (2012). Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: Estudo preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 189-190. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300012>
- Gastaud, M. B., Padoan, C. S., & Eizirik, C. L. (2014). Initial Improvement in Adult Psychodynamic Psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 30(2), 243-262.
- Groves, R. M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public opinion quarterly*, 646-675.
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 75.

Kegel, A. F., & Flückiger, C. (2015). Predicting psychotherapy dropouts: A multilevel approach. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 377-386.

Kypri, K., Samaranayaka, A., Connor, J., Langley, J. D., & Maclennan, B. (2011). Non-response bias in a web-based health behaviour survey of New Zealand tertiary students. *Preventive medicine*, 53(4-5), 274-277.

Laloni, D. T. (2001). *SCL-90-R: adaptação, precisão e validade* (Doctoral dissertation, Doctoral dissertation, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, SP, Brasil, 2001. [http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php](http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php)).

Maclennan, B., Kypri, K., Langley, J., & Room, R. (2012). Non-response bias in a community survey of drinking, alcohol-related experiences and public opinion on alcohol policy. *Drug & Alcohol Dependence*, 126(1), 189-194.

Patel, M. X., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(3), 229-238.

Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123.

Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123.

Rich, B. A., Hensler, M., Rosen, H. R., Watson, C., Schmidt, J., Sanchez, L., ... & Alvord, M. K. (2014). Attrition from therapy effectiveness research among youth in a clinical service setting. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3), 343-352.

Roseborough, D. J., McLeod, J. T., & Wright, F. I. (2016). Attrition in psychotherapy: A survival analysis. *Research on Social Work Practice*, 26(7), 803-815.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2nd. ed.). London: The Guildford Press.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychological Association*, 65(2), 98-109.

Silva, S.M., Alves, I., Peixoto, E., Rocha, G. & Nakano, T. (2016). Outcome Questionnaire (oq-45. 2):

assessment of the psychometric properties using bifactor model and IRT. *Psico*, 47(4), 1-11.

Steinert, C., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2016). Long-Term Outcome and Non-Response in Psychotherapy: Are We Short-Sighted?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(4), 235-237.

Stevens, J., Kelleher, K. J., Ward-Estes, J., & Hayes, J. (2006). Perceived barriers to treatment and psychotherapy attendance in child community mental health centers. *Community Mental Health Journal*, 42(5), 449-458.

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547.

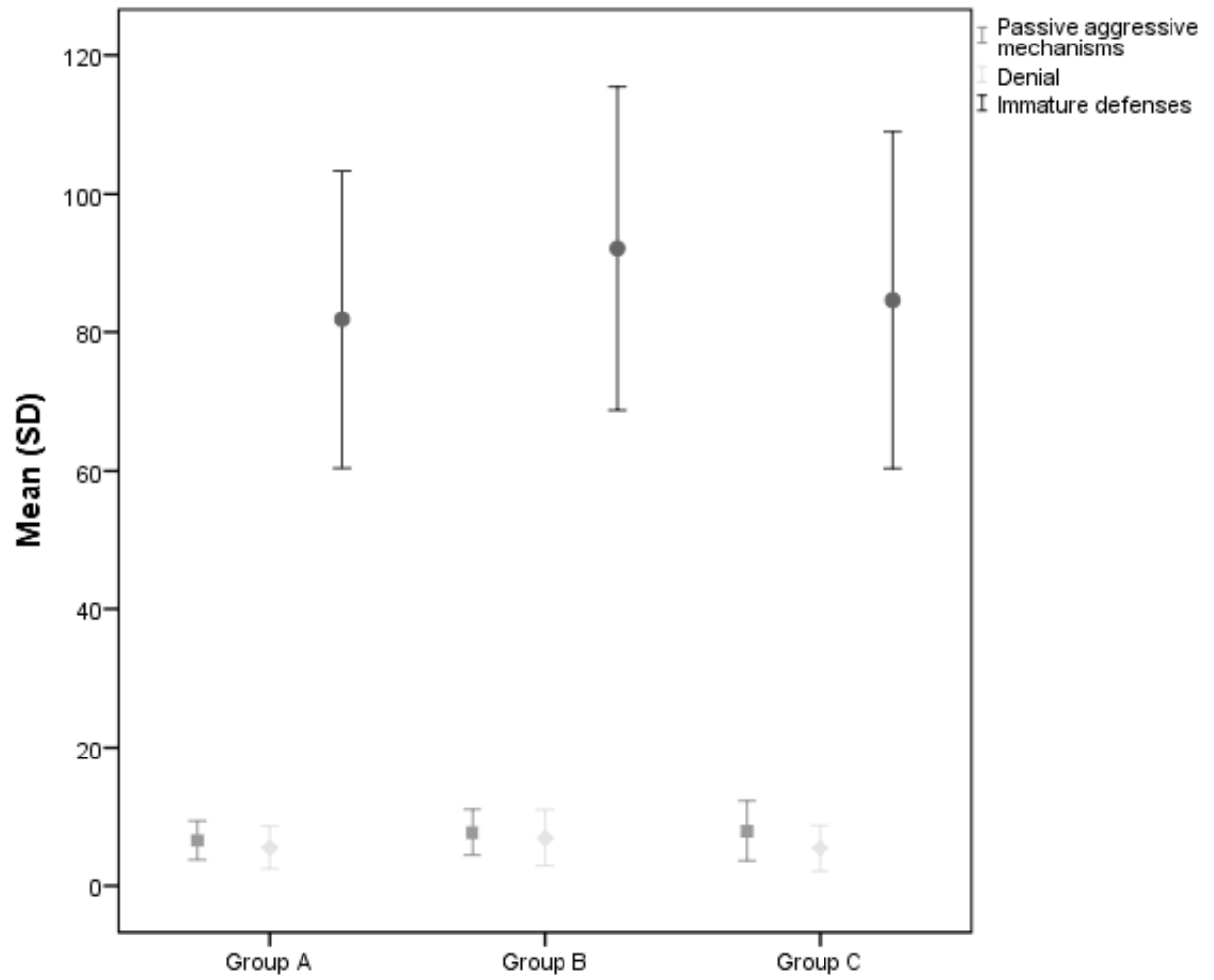
Thormahlen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B., Bagedahl-Strindlund, M., & Barber, J. P. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13(4), 493-509.

Warden, D., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Lesser, I. M., Thase, M. E., Balasubramani, G. K.,... & Trivedi, M. H. (2009). Income and attrition in the treatment of depression: a STAR\* D report. *Depression and anxiety*, 26(7), 622-633. doi:10.1002/da.20541

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190.

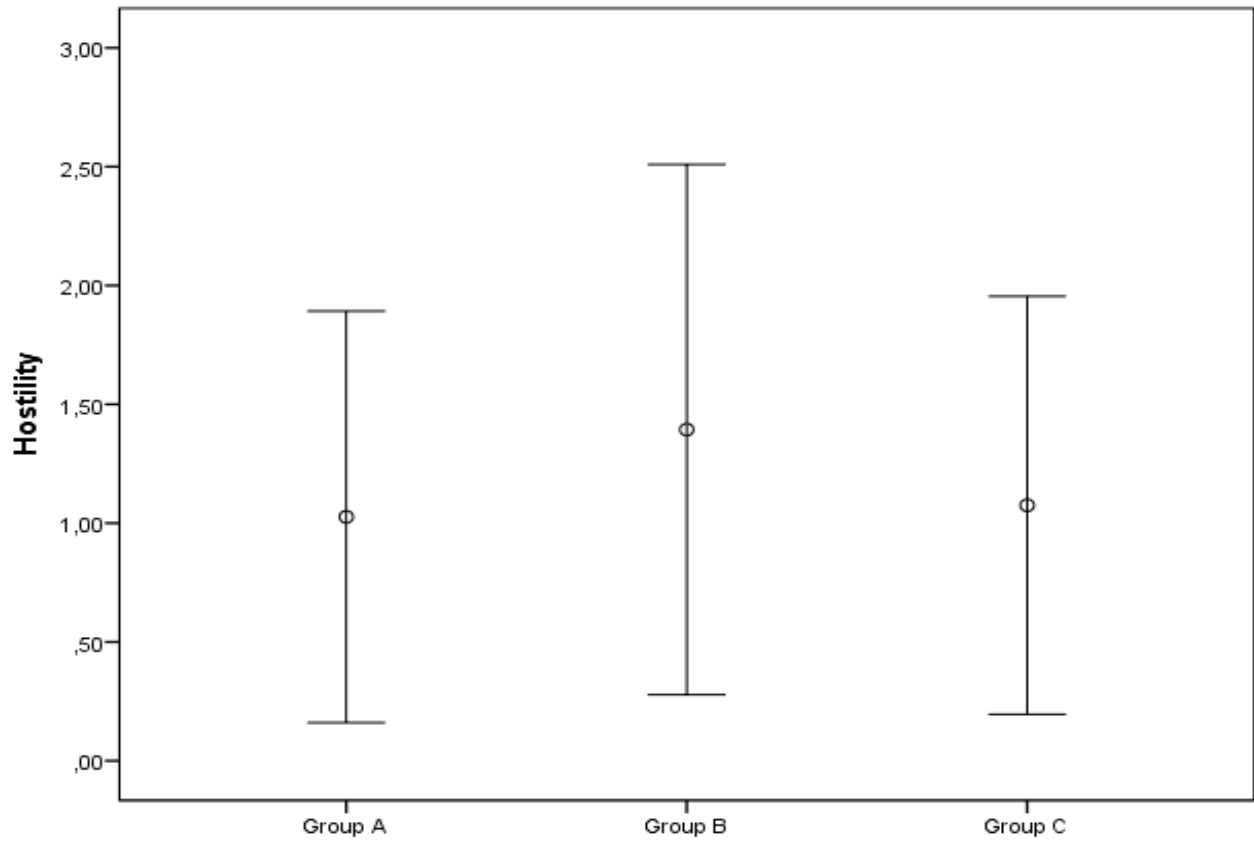
Figure 1

Differences between groups in defense mechanisms



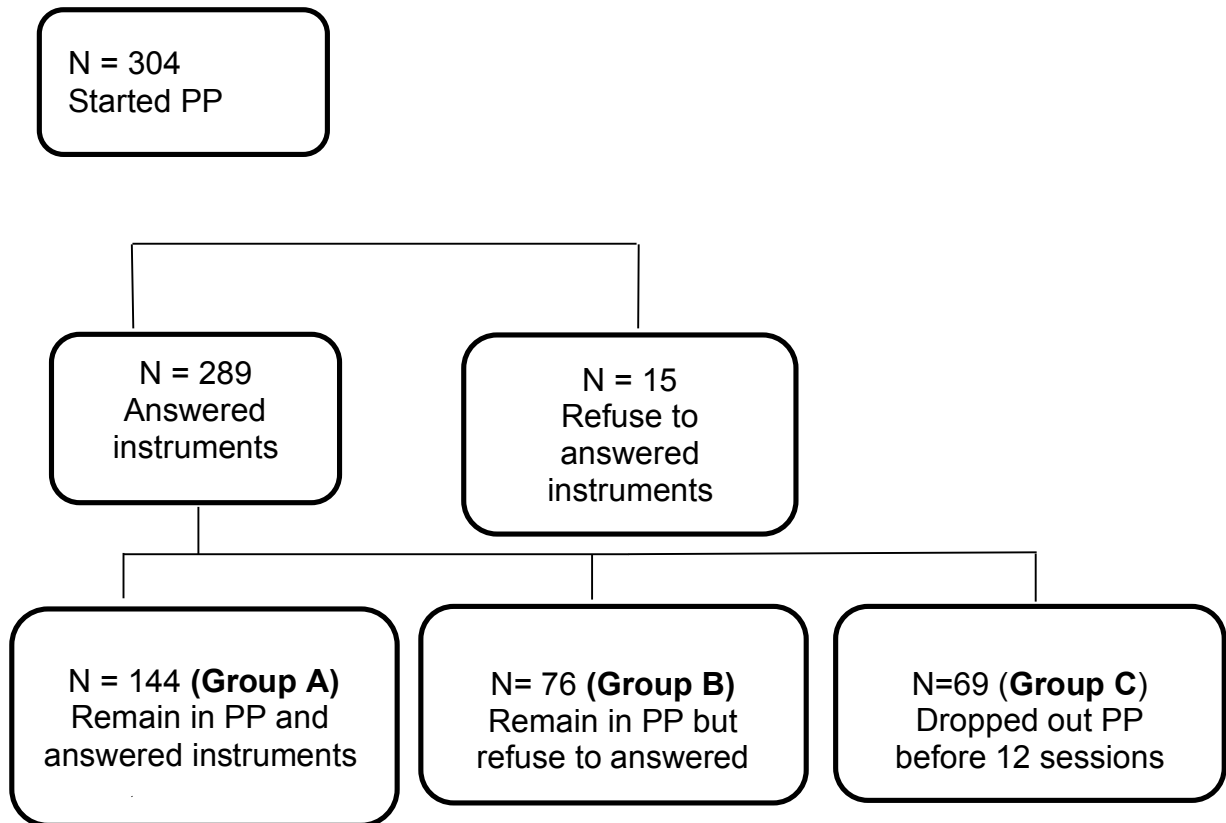
**Figure 2**

Differences between groups in hostility symptoms





## Flowchart



## 5.3 ARTIGO 3

**Estudos clínicos em psicoterapia psicodinâmica: uma revisão do *follow-up* das intervenções**

**Clinical studies in Psychodynamic Psychotherapy: A systematic review follow-ups interventions**

**(Publicado na Revista Contextos Clínicos)**

**Camila Piva da Costa**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. [camilapdacosta@gmail.com](mailto:camilapdacosta@gmail.com)

**Andre Goettems Bastos**

Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681, CEP 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. [andregbastos@gmail.com.br](mailto:andregbastos@gmail.com.br)

**Carolina Stopinski Padoan**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. [carolinaspadoan@gmail.com](mailto:carolinaspadoan@gmail.com)

**Cláudio Laks Eizirik**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. [ceizirik.ez@terra.com.br](mailto:ceizirik.ez@terra.com.br)

**Resumo.** A efetividade de um tratamento costuma ser mensurada pela melhora clínica do paciente. No entanto, um fator importante a ser considerado é a manutenção dos resultados após o término do tratamento. Para isso, o *follow-up* é uma ferramenta relevante. O objetivo deste estudo foi revisar e analisar de forma sistemática os estudos de *follow-up* com intervenções clínicas em psicoterapia psicodinâmica de 2006 a 2016. As buscas foram feitas nas principais bases de dados com os seguintes descritores: psicoterapia psicodinâmica, resultado, *follow-up* e equivalentes. Vinte e sete artigos atenderam aos critérios de inclusão. Os estudos indicam que as psicoterapias são tratamentos efetivos não apenas durante o processo, mas que os resultados tendem a se manter após a alta do paciente. As conclusões indicam que, para avaliar a

efetividade de tratamento, as medidas de *follow-up* devem ser consideradas. Nos estudos que comparavam a efetividade entre modelos de psicoterapia, foi visto que, na maioria dos casos, não existem diferenças significativas entre os grupos, ou seja, os pacientes apresentam melhora independentemente do tipo de psicoterapia. No entanto, evidenciou-se que os modelos de tratamento de longo prazo tendem a apresentar maiores taxas de manutenção da melhora no período após a alta. A manutenção dos resultados do tratamento em longo prazo parece ser um indicativo clínico relevante para ser considerado quando da indicação de tratamento.

**Palavras-chave:** *follow-up*, psicoterapia psicodinâmica, efetividade.

**Abstract.** The effectiveness of a treatment is usually measured by the clinical improvement of the patient. However, an important factor to consider is the maintenance of the results after the end of the treatment. For this, the follow-up is a relevant tool. The objective of this study was to systematically review and analyze follow-up studies with clinical interventions in psychodynamic psychotherapy from 2006 to 2016. The searches were made in the main databases with the following descriptors: psychodynamic psychotherapy, outcome, follow-up and equivalents. Twenty-seven articles met the inclusion criteria. Studies indicate that psychotherapies are effective treatments not only during the process and results tend to remain after patient discharge. Conclusions indicate that follow-up measures should be considered to assess the long-term effectiveness of a treatment. In studies comparing models of psychotherapy effectiveness, it was seen that in most cases there were no significant differences between treatment groups, that is, patients presented improvement independently of the type of psychotherapy. However, long-term treatment models tend to have higher maintenance rates of improvement in the post-discharge period. The maintenance of long-term treatment results seems to be a relevant clinical indication to be considered when indicating treatment.

**Keywords:** follow-up, psychodynamic psychotherapy, effectiveness.

## **Introdução**

A efetividade de um tratamento é indicada pela melhora do paciente. No entanto, um fator importante a ser considerado é a manutenção dos resultados ao longo de um certo período de tempo após a alta (Roth e Fonagy, 2005). Para isso, os estudos de *follow up* têm se mostrado uma estratégia útil na análise da manutenção da melhora dos pacientes em diversas formas de psicoterapia, incluindo as de base psicodinâmica (Wallerstein, 2005).

Os objetivos de tratamento nas psicoterapias psicodinâmicas são mais abrangentes. Além da óbvia diminuição de sintomas, espera-se que o paciente desenvolva uma maior

consciência de suas dificuldades interpessoais, sociais, profissionais, intrapessoais, de personalidade, etc. Essa abrangência se deve à própria forma como a terapêutica é estruturada, focando os afetos e a expressão das emoções, a exploração de sentimentos e pensamentos, a identificação de padrões repetitivos, a discussão de experiências do passado, o entendimento das relações interpessoais, da relação com o terapeuta e a exploração de desejos e fantasias (Shedler, 2010).

O progresso na psicoterapia psicodinâmica envolve a reativação do processo de desenvolvimento normal, no qual, as experiências na relação terapêutica contribuem para revisões construtivas do self expressando-se em mudanças nas representações de si e dos outros fomentada pelo aprimoramento de habilidades reflexivas. Os tratamentos bem-sucedidos propiciam maior liberdade interna, maior segurança na exploração de pensamentos e sentimentos complexos, capacidades adaptativas otimizadas e maior habilidade de utilizar recursos internos (Luyten et al., 2012).

Além disso, há evidências de que pacientes que recebem psicoterapia psicodinâmica (PP) não apenas mantêm os ganhos terapêuticos, mas continuam melhorando no pós alta (Shedler, 2010). Assim, para avaliar adequadamente as taxas de manutenção da melhora das psicoterapias psicodinâmicas, é relevante estudar o período após o encerramento do tratamento (Kazdim, 2009), no qual espera-se que os resultados obtidos tenham certa permanência.

Em termos médicos, *follow up* é o período no qual o paciente já terminou o tratamento, e realiza acompanhamento médico ambulatorial periódico (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). Nos estudos de psicoterapia, o termo *follow up* tem sido utilizado de diferentes formas. Em alguns casos, *follow up* significa acompanhar os pacientes ao longo de seu processo de tratamento, e a partir disso verificar variáveis relacionadas ao processo e ao resultado (por exemplo, Kuutmann e Hilsenroth, 2012; Quilty et al, 2008). Em outros estudos, *follow up* refere-se à avaliação e acompanhamento do paciente logo após o encerramento da psicoterapia, no momento da alta (por exemplo, Vermote et al, 2011, Salminen et al., 2008). Há ainda outro conceito, que entende *follow up* como um período de avaliação que deve acontecer um tempo depois de ser finalizado o tratamento (Leuzinger et al., 2003; Wallerstein, 2001).

O conceito que será utilizado no presente estudo refere-se ao *follow up* realizado um tempo depois de o paciente já ter finalizado o tratamento, tendo ficado sem atendimento por um período após a alta terapêutica. Em outras palavras, esse tipo de *follow up* visa investigar se houve ou não recaída do paciente, e se a melhora apresentada logo ao término do atendimento se manteve. Grande et al. (2012) refere que estudos de *follow up* são geralmente conduzidos para estabelecer se os efeitos de uma psicoterapia permanecem estáveis após o fim do

tratamento. Isso é relevante, pois visa mensurar a manutenção dos ganhos obtidos e apreender fatores implicados após o término do tratamento.

Assim, o objetivo principal do presente estudo foi revisar e analisar de forma sistemática nas bases de dados mais relevantes os estudos de *follow up* em psicoterapia psicodinâmica publicados entre 2006 e 2016. Para isso, consideramos como foram realizados os estudos, quais foram seus objetivos principais, quais as intervenções realizadas, quais as medidas de desfecho utilizadas e quais os resultados principais encontrados no *follow up*. Como segundo objetivo, buscou-se analisar os resultados dos estudos que comparavam diferentes modelos de tratamento clínico.

## **Método**

Critérios de inclusão dos estudos

### ***Tipos de estudo***

Foram incluídos artigos empíricos originais. Foram excluídas pesquisas teóricas, revisões, meta-análises, estudos de caso, protocolos de pesquisa sem resultados, cartas ao editor, reanálises de dados de pesquisas anteriores.

### ***Referencial teórico***

Os artigos empíricos selecionados deveriam contar com pelo menos uma intervenção de orientação teórica psicodinâmica/psicanalítica.

### ***Psicoterapia individual***

Foram incluídos somente artigos que contavam com intervenção psicoterápica individual. Foram excluídos intervenções de grupo, tratamentos hospitalares, psicoterapia de família e outros.

### ***Idioma***

Foram incluídos artigos em inglês e português.

### ***Participantes***

A revisão incluiu somente estudos realizados com pacientes adultos.

### ***Follow up pós-alta***

Foram incluídos estudos de *follow up* em que pacientes foram avaliados depois de um período de tempo após a alta. Estudos nos quais *follow up* significava somente seguimento ao longo do tratamento, ou medidas obtidas quando da alta terapêutica foram excluídos, pois não atendiam ao conceito definido no presente trabalho, tendo como base o conceito sugerido por Grande et al. (2012).

### ***Métodos de busca***

Foram realizadas buscas dos artigos através das bases de dados Pubmed, PsycINFO, Lilacs e Scielo. As estratégias básicas de busca *mesh* foram "Psychotherapy, Psychodynamic", "Psychotherapy, psychoanalytic", "Follow-Up Studies", "Outcome Assessment (Health Care)", e similares, em inglês e português. O período da busca foi de artigos publicados entre 2006 e 2016.

### ***Extração de dados e análise***

A busca nas bases de dados foi efetuada entre abril e setembro de 2016 e gerou 190 artigos no Pubmed, 196 no PsyINFO e nenhum no Lilacs e Scielo. No total 196 artigos foram selecionados. Após a leitura dos títulos e resumos, dois revisores independentes realizaram uma triagem dos artigos, para verificar inclusão ou exclusão dos mesmos na etapa seguinte do estudo. Quando havia discordância, um terceiro revisor fazia nova avaliação e/ou chegava-se a um consenso. Após a leitura dos títulos e resumos, esta fase da revisão resultou em 77 artigos que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos.

Na etapa seguinte, realizou-se a leitura completa desses 77 artigos, para fins de categorização e análise sistemática. Após esta leitura, foram excluídos 50 artigos pelos seguintes critérios: dezoito estudos tinham *follow up* como seguimento durante o tratamento ou medida somente na alta; nove eram revisões teóricas/metanálise, estudos de caso, carta ao editor e protocolos de pesquisa sem resultados preliminares; sete estudos eram reanálises de dados de pesquisas originais publicadas anteriormente; quatro não utilizavam psicoterapia psicodinâmica/psicanalítica; sete analisavam tratamento hospitalar ou psicoterapia de grupo; três eram estudos com crianças ou adolescentes; e dois eram em outros idiomas. No total, 27 artigos alcançaram a extração final desta revisão.

Os critérios de análise escolhidos foram divididos nos seguintes itens: descrição dos estudos, objetivos dos estudos, modalidades de psicoterapia, tamanho de amostra e perda

amostral, tempo do *follow up*, métodos e medidas utilizadas no *follow up* e conclusões feitas pelos autores dos estudos.

## **Resultados**

### ***Descrição dos estudos***

Os resultados estão apresentados nos quadros 1 e 2. Os 27 estudos selecionados avaliaram diferentes modelos de psicoterapia, totalizando 2.900 sujeitos de pesquisa (média de 107 participantes por estudo). Foram encontradas publicações entre os anos de 2007 e 2016 (média de três artigos publicados por ano). A maioria dos estudos são ensaios clínicos (17), seguidos por nove estudos de coorte e um estudo de caso controle. A maioria dos estudos foram realizados na Europa (Alemanha – 8; Suécia – 4; Holanda – 4; Finlândia – 3 e Noruega – 2 cada; Itália – 2; Dinamarca – 1 cada). O restante dos estudos foi no Canadá (2) e em Israel (1).

### ***Objetivos dos estudos***

Grande parte dos estudos objetivava testar a efetividade dos tratamentos envolvidos. Vinte e quatro eram estudos de resultado (e entre estes, um deles era um estudo misto de processo e resultado). Os três artigos restantes estudaram características do processo terapêutico.

Considerando as variáveis clínicas dos pacientes envolvidos nos estudos analisados, os perfis diagnósticos mais frequentes foram: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtornos psicossomáticos e fibromialgia. Outros dados clínicos estudados foram: sintomas, problemas interpessoais, funcionamento interpessoal, representações objetais, qualidade das relações objetais, *self*, apego, defesas do ego e *insight*.

### ***Modalidades de psicoterapia***

As modalidades de psicoterapia avaliadas foram: psicoterapia psicodinâmica – PP (Lilliengren et al., 2015; Berghout e Zevalkink, 2009); psicoterapia psicodinâmica de curto prazo - PPCP (Leichsenring et al., 2014; Amianto et al., 2011); psicoterapia psicodinâmica de longo prazo - PPLP (Leichsenring et al., 2014; Arvidsson et al., 2011); psicoterapia

psicodinâmica intensiva e curto prazo - PPICP (Solbakken e Abbass, 2015); psicoterapia psicodinâmica intensiva - PPI (Abass et al., 2015); psicoterapia psicodinâmica de apoio - PPA (Driessen et al., 2013); psicoterapia psicodinâmica breve – PPB (Amianto et al., 2011); psicoterapia psicodinâmica focal – PPF (Zipfel et al., 2014); tratamento comunitário de foco psicodinâmico - TCFP (Vinnars et al., 2009); psicoterapia psicodinâmica interpessoal - PIT (Sattel et al., 2012); psicoterapia psicodinâmica pela internet - PPIN (Johansson et al., 2013); psicanálise - PA (Grande et al., 2009); psicanálise com predomínio de interpretações transferências - PAT e sem interpretações transferenciais - PAST (Høglend et al., 2008) e terapia cognitivo comportamental – TCC; (Levi et al., 2015; Zipfel et al., 2014); terapia cognitivo comportamental pela internet - TCCI (Johansson et al., 2013); terapia do esquema - TE (Gude e Hoffart., 2008); terapia de apoio - TA (Vinnars et al., 2009); e, terapia focal – TF (Heinonen et al., 2012). Foram encontradas também intervenções com medicamentos como a fluoxetina (Sørensen et al., 2011), sozinhos ou combinados com psicoterapia psicodinâmica (Koppers et al., 2011); e também intervenções combinadas com outros tratamentos multidisciplinares, tais como dieta alimentar e acompanhamento familiar (Abba-te Daga et al., 2015).

### ***Tamanho da amostra e perda amostral***

Na maioria dos estudos, houve redução do *n* amostral do início do tratamento para o período de *follow up*. Essa perda foi referida como “erosão amostral” (Bastos et al., 2014). A média de perda amostral nos estudos foi de 36,5% (desvio-padrão de 23%), sendo que o maior índice de perda foi de 78% em dois estudos (Berghout e Zevalkink, 2009; Leichsenring et al., 2014). Somente um estudo não teve perda amostral entre início e *follow up* (Arvidsson et al., 2011).

### ***Tempos de follow up***

O tempo mínimo de realização de *follow up* após a última consulta de tratamento foi de três meses (Bögels et al., 2014) e o máximo de 60 meses (Koppers et al., 2011). Em muitos estudos, o *follow up* era avaliado em mais de um tempo, por exemplo, aos 12, 24 e 36 meses após a última consulta. Todos que realizaram o *follow up* com 36 meses já tinham realizado avaliações anteriores. O tempo médio para realização do primeiro *follow up* foi de 15 meses (com desvio-padrão de 11 meses), e a moda foi de 12 meses (13 pesquisas).



### ***Métodos e medidas utilizados no follow up***

Todos os estudos utilizavam como uma das medidas de *follow up* a repetição de questionários autoaplicáveis com ou sem a presença do pesquisador, os quais já haviam sido respondidos no início e ao longo do estudo, a fim de comparar os resultados (teste-reteste). Em doze estudos essa foi a única medida utilizada (Heinonen *et al.*, 2012; Solbakken e Abbass, 2015; Sheidt *et al.*, 2013; Bögels *et al.*, 2014; Driessen *et al.*, 2013; Sattel *et al.*, 2012; Amianto *et al.*, 2011; Sørensen *et al.*, 2010; Salzer *et al.*, 2011; Puschner *et al.*, 2008; Hasse *et al.*, 2008). Em um estudo que avaliava a efetividade de uma intervenção combinada, a pesagem dos pacientes também foi um recurso adicional utilizado (Zipfel *et al.*, 2014).

Os pacientes eram contatados através de telefone (Levi *et al.*, 2015), e-mail (Marttunen *et al.*, 2008) ou carta (Sattel *et al.*, 2012) para retornarem ao local do atendimento. Em alguns estudos, quando havia dificuldade para o paciente realizar esta etapa da avaliação, os testes eram enviados e respondidos via correio (Sattel *et al.*, 2012) ou email (Gude e Hoffart 2008).

Outro método utilizado para complementar os questionários foram entrevistas presenciais semiestruturadas desenvolvidas para o próprio estudo, ou entrevistas estruturadas, por exemplo: Operationalized Psychodynamic Diagnosis – OPD Task Force (Levi *et al.*, 2015; Vinnars *et al.*, 2009; Marttunen *et al.*, 2008; Johansson *et al.*, 2013; Kronström *et al.*, 2009; Koppers *et al.*, 2011; Høglend *et al.*, 2008; Gude e Hoffart, 2008; Abbate-Daga *et al.*, 2015; Berghout e Zevalkink, 2009; Lilliengren *et al.*, 2015; Grande *et al.*, 2009; Arvidson *et al.*, 2011; Leichsenring *et al.*, 2014). O estudo que avaliou custo-efetividade dos serviços de saúde também utilizou, além dos questionários, os registros nacionais de verificação para compor as medidas de *follow up* (Abass *et al.*, 2015).

As medidas de desfecho utilizadas para avaliar sintomas foram: Symptom Check List (SCL90); Beck Depression Inventory (BDI); Beck anxiety Inventory (BAI); Clinician-Administered Scale (PTSD); Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI); Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS); Fear Questionnaire (FQ); Psychiatric status rating (PSR); The Health Anxiety Inventory (HAI); The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR); The Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS); Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI); Clinical Global Impression Scale (CGI); Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9); Mobility Inventory for Agoraphobia (MI).

Para problemas interpessoais, foi usado The Inventory of Interpersonal Problems (IIP).

Para verificar aliança terapêutica foram utilizados o Working Alliance Inventory-Short Form (WAI-S) e o Helping alliance questionnaire (HAQ). Para mecanismos de defesa, o Defense Style Questionnaire (DSQ). Para transtornos de personalidade, Temperament and Character Inventory (TCI), The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2); RORSCHACH, Karolinska Scale of Personality (KSP) e State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Para analisar o progresso terapêutico, Outcome questionnaire (OQ45); Heidelberg Structural Change Scale (HSCS). Para funcionamento interpessoal, (Psychodynamic Functioning Scales (PFS); Perceived Psychological Functioning Scale (PPF); Global Assessment of Functioning (GAF); Sense of Coherence Scale (SOCS); self-report Social Adjustment Scale (SAS-RS); e, Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP). Para a qualidade de vida, Quality of Life Inventory (QOLI) e Health-related quality of life (SF-36). Para avaliar medidas de saúde física, foram utilizados os seguintes instrumentos: Fibromyalgia-related symptoms (FIQ); Eating Disorder Inventory (EDI-2); Structured Interview for Anorexic and Bulimic Syndromes (SIAB-EX). Para relações objetais, Quality of Object Relations Scale (OQR). Para as características do terapeuta, The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ).

### ***Conclusões feitas pelos autores dos estudos***

A psicoterapia psicodinâmica foi avaliada em treze estudos em relação a manutenção dos resultados positivos do tratamento após a alta. Em oito deles, foram comparadas intervenções psicanalíticas com tratamentos “*as usual*” (TAU), ou com grupo controle (GC). Em cinco estudos, a PP foi superior (Sattel *et al.*, 2012; Amianto *et al.*, 2011; Hasse *et al.*, 2008; Zipfel *et al.*, 2014; Lilliengren *et al.*, 2015), e em dois, pacientes de ambos os estudos melhoraram e os resultados se mantiveram no *follow up* (Scheidt *et al.*, 2013; Vinnars *et al.*, 2009).

Avaliando a PP de longa duração (PPLP) comparada à PP de curta duração (PPCP), houve dois estudos de resultado (Heinonen *et al.*, 2012; Marttunen *et al.*, 2008). Em ambos, a PPLP superou a PPCP na manutenção dos resultados durante o *follow up*, indicando que as psicoterapias de longo prazo tendem a propiciar maior manutenção dos ganhos após a alta.

Em um dos estudos, uma modalidade de psicoterapia psicodinâmica intensiva de curta duração (PPIC) foi testada para avaliar a efetividade em pacientes refratários a tratamentos de ansiedade e depressão, ocorrendo melhora em todas as medidas (Solbakken e Abbass, 2015). A PP também foi comparada a PA em dois estudos. Em um deles, a PA mostrou maiores

mudanças estruturais na comparação com a PP (Grande *et al.*, 2009); no outro, os dois grupos foram efetivos após a alta sem diferenças significativas entre eles, mas os resultados não se mantiveram ao longo do *follow up* (Berghout e Zevalking, 2009). A PA também foi testada na modalidade com interpretação da transferência (PAT) e sem interpretação da transferência (PAST) em um artigo. Os resultados demonstraram que ambos os grupos melhoraram e mantiveram os resultados no *follow up*, mas o grupo com transferência apresentou medidas superiores de melhora quando comparadas ao grupo sem transferência (Høglend *et al.*, 2008).

A PP também foi comparada com medicação ou psicoeducação em três estudos (Koppers *et al.*, 2011; Kronström *et al.*, 2009; Sattel *et al.*, 2012). Novamente, ambos os grupos obtiveram resultados positivos de progresso terapêutico, sendo o grupo de PP superior em duas oportunidades, em relação à manutenção das medidas de melhora no *follow up* comparada a medicação (Kronström *et al.*, 2009) e a TAU (Sattel *et al.*, 2012); e, sem diferenças significativas entre os grupos em um estudo, nos quais os dois grupos apresentaram recaída (Koppers *et al.*, 2011). Houve também um estudo em que a PP foi combinada a outras intervenções multidisciplinares e também foi efetiva (Abbate-Daga *et al.*, 2015).

Em nove artigos, os resultados da psicoterapia psicodinâmica foram comparados aos da terapia cognitivo-comportamental. Em quatro destes estudos, ambos os grupos demonstraram melhora e mantiveram os ganhos terapêuticos no *follow up* em igual medida, sem diferenças significativas entre eles (Levi *et al.*, 2015; Bögels *et al.*, 2014; Driessen *et al.*, 2013; Leichsenring *et al.*, 2014). Em outros quatro estudos que utilizaram psicoterapias psicodinâmicas e TCC de curta duração (uma delas via internet), houve melhora em ambos os grupos, mas a TCC foi superior (Gude *et al.*, 2008; Sørensen *et al.*, 2011; Johansson *et al.*, 2013; Salzer *et al.*, 2011). Por fim, na pesquisa que comparava PP, TCC e TAU, a psicoterapia psicodinâmica mostrou resultados significativamente superiores em comparação aos demais grupos no *follow up* (Zipfel *et al.*, 2014).

## **Discussão**

A manutenção dos resultados após o fim das psicoterapias tem sido considerada na literatura como uma medida relevante para testar a efetividade dos tratamentos. Isso é principalmente relevante para as psicoterapias psicodinâmicas, as quais consideram que a melhora deve ter um efeito duradouro na vida do paciente, que após a alta deve ser capaz de internalizar a função terapêutica anteriormente desempenhada pelo analista para a solução de conflitos futuros evitando recaídas (Shedler, 2010; Kazdin, 2007; Gabbard, 2004).

Apesar da crescente produção de estudos sobre psicoterapia psicodinâmica no Brasil (por exemplo, Santeiro, 2008; Yazigi *et al.*, 2011; Bastos *et al.*, 2013, 2014), essa revisão não encontrou nenhum estudo brasileiro que utilizasse o *follow up* como medida de efetividade clínica. Acredita-se que as dificuldades de acompanhamento e o alto custo envolvido no recrutamento de pacientes após o fim do tratamento possa ser, em parte, responsável por este fato. Na maioria dos estudos, os pacientes foram recrutados via correio e telefone, demandando que as instituições de pesquisa tivessem recursos financeiros e material humano para esta parte do projeto. Além disso, localizar e avaliar ex-pacientes para fins de pesquisa exige profissionais capacitados, para que não se confunda as necessidades do estudo com propaganda ou interferência no processo de alta (Roth e Fonagy, 2005).

Nos estudos avaliados nessa revisão, os autores não descreveram com precisão qual profissional realizou o *follow up*, qualificação e/ou capacitação deste pesquisador para essa função, bem como não houve discussão em relação aos possíveis danos que podem ocorrer por uma interferência no momento pós alta. Acredita-se que o pesquisador deva estar atento para não criar demandas de tratamento que não existiam antes da participação na pesquisa. Ao mesmo tempo, realizar intervenções que medem resultados de psicoterapia e bem-estar emocional podem desencadear nos entrevistados processos e necessidades que devem ser endereçados adequadamente pelos pesquisadores. Tudo isto se revela extremamente delicado, pois exige-se treinamento e conhecimento técnico para realizar abordagens que priorizem o bem-estar dos participantes de forma ética e responsável. Para tal tarefa, pode ser relevante investigar melhor a influência dos estudos de *follow up* no estado emocional do paciente e na criação de novas demandas para tratamento. Um estudo de *follow up* do próprio *follow up*, neste sentido, constituiria uma pesquisa original e criativa.

As coortes e ensaios clínicos apresentaram uma alta taxa de perda amostral. Sabe-se que as psicoterapias apresentam altas taxas de abandono, que podem oscilar entre 20 e 60%, dependendo do modelo utilizado (Roth e Fonagy, 2005). A taxa de erosão amostral encontrada está de acordo com os principais dados internacionais, porém chama a atenção as diferenças de perda amostral encontrada entre os estudos, em torno de 78% em alguns e entre 12 e 17% em outros. Essas diferenças podem apontar a qualidade metodológica da pesquisa, por isso é relevante levantar hipóteses referentes a altas perdas amostrais. Em um estudo com alta perda amostral (Levi *et al.*, 2015), os participantes não foram localizados ou se negaram a participar da avaliação. Além disso, o estudo mostrou que os pacientes que completaram o tratamento e/ou responderam as medidas de *follow up* tendiam a concordar mais com seus terapeutas sobre o fim do tratamento.

Outro ponto que pode estar relacionado a não participação dos pacientes no *follow up* são as medidas de desfecho utilizadas. No estudo de Berghout e Zevalink (2009), foram utilizados numerosos questionários, ainda que, fossem enviados por e-mail, além de avaliações de personalidade no consultório. A medida de personalidade englobava também testes projetivos que podem já ter mobilizado o paciente nas primeiras avaliações, tanto em termos emocionais como no tempo demandado para sua finalização. Já em dois estudos que apresentaram baixa perda amostral no *follow up*, instrumentos mais breves e práticos foram utilizados (Arvidsson, *et al.*, 2011), um deles por email (Gude e Hoffart, 2008), o que pode ter facilitado o acesso aos pacientes.

Nesta revisão, em consonância com a literatura, as medidas de *follow up*, em sua maioria, serviram principalmente como mensuração de efetividade dos tratamentos, os quais comparavam diferentes modalidades de psicoterapia. A diminuição de sintomas foi a medida de desfecho mais utilizada para medir os resultados, porém a maioria dos estudos, acrescentou outras medidas como: funcionamento interpessoal, defesas, relações objetais, etc. Além disso, é de fundamental importância a escolha dos instrumentos utilizados nas pesquisas de efetividade de tratamento, pois a significância clínica depende, em parte, da qualidade desses instrumentos (Berghout e Zevalink, 2009). Recomenda-se utilizar múltiplas medidas simultaneamente, considerando que a melhora clínica também depende dos objetivos do tratamento e do tipo de patologia encontrado nos pacientes (Roth e Fonagy, 2005).

Uma vez que a redução da sintomatologia é apenas um dos objetivos pretendidos pela PP (Shedler, 2010; Luyten e Blatt, 2012) e não é considerada a única medida de desfecho existente (Roth e Fonagy, 2005), há uma boa confiabilidade nos resultados dos estudos analisados. Para as psicoterapias psicodinâmicas, uma forma mais relevante de captar a totalidade da melhora pretendida pelo tratamento ocorre através de mudanças estruturais, as quais podem ser melhor evidenciadas através de índices de funcionamento global, qualidade das relações, qualidade de vida e uso de defesas mais maduras (Bastos *et al.*, 2013). Essas medidas de avaliação da melhora se mostram essenciais para captar efeitos terapêuticos em todos os índices citados (Grande *et al.*, 2012). Além disso, muitos estudos utilizaram as entrevistas como recurso adicional para contemplar a complexidade dessa avaliação.

Nos estudos que compararam dois ou mais tipos de tratamento, as medidas de *follow up* foram utilizadas para demonstrar qual era o grupo mais efetivo ao longo do tempo, além de também serem parâmetros, para analisar características do processo nos diferentes tratamentos. Ainda, medidas de *follow up* também foram utilizadas para analisar recaídas e uso de tratamentos auxiliares. Finalmente, para uma medida mais consistente de preditores de melhora,

os estudos associaram dados de *follow up* aos de alta, considerando assim a manutenção do ganho terapêutico. Esses resultados mostraram que as psicoterapias em suas diferentes modalidades têm efeitos positivos e seus resultados tendem a persistir ao longo do tempo (Lipsey e Wilson, 1993; Taylor, 2012; Shedler, 2010).

Os estudos sugerem que as psicoterapias psicodinâmicas de longo prazo e a psicanálise tentem a apresentar resultados mais duradouros no período pós alta, na comparação com modelos psicoterápicos de curta duração (Taylor, 2012; Vermote *et al.*, 2010). Nos estudos em que a PP de curto prazo foi comparada à TCC de curto prazo, os resultados da TCC foram ligeiramente superiores. Os efeitos da TCC sobre os sintomas do paciente parecem se dar de forma mais rápida, porém em *follow up* mais longo, a tendência é que esses efeitos não persistam (Taylor, 2012). Os tratamentos psicodinâmicos de longo prazo e a psicanálise tenderam a apresentar melhores resultados em seguimentos pós alta mais longos, nos quais existe uma tendência clara rumo à diminuição de sintomas que ocorre após o tratamento ser encerrado (Freedman *et al.*, 2001; Sandell *et al.*, 2000).

As modalidades de psicoterapia de curto prazo pareceram mais efetivas para pacientes com sofrimento mental agudo. Por outro lado, há evidências que tratamentos de curto prazo não são suficientes para pacientes com transtornos mentais mais complexos, crônicos e de personalidade (Rabung e Leichsering, 2012). Acredita-se que a indicação para psicoterapia, bem como o tipo de tratamento oferecido, deve estar baseada no diagnóstico, estado mental de cada paciente, e disposição do mesmo para o tratamento em questão.

A maioria dos estudos recrutou pacientes com diagnósticos específicos, como depressão, transtornos de ansiedade, de personalidade (Leishchering *et al.*, 2014; Driessen *et al.*, 2013; Amianto *et al.*, 2011). Está é uma abordagem muito utilizada em medicina, mas em muitos casos, acaba por não incluir pacientes com modalidades de patologias comórbidas, ou de diagnóstico não claro, que são os casos mais prevalentes em ambientes naturais de psicoterapia (Rabung e Leichsering, 2012). Já é sabido que a forma mais eficiente de pesquisar a psicoterapia é em seu ambiente natural através de métodos híbridos, os quais, tem maior potencial para captar a totalidade dos processos envolvidos nos tratamentos (De Maat *et al.*, 2013). Assim, mais estudos de *follow up* priorizando o ambiente natural das psicoterapias com pacientes com características mais prevalentes são necessários para testar os resultados desta revisão.

Nos estudos de processo, o *follow up* também serviu para verificar se as mudanças ocorridas durante os tratamentos se mantinham ao longo do tempo, mas também se fatores relacionados ao processo de psicoterapia (aliança terapêutica, características do terapeuta e do

paciente) estariam relacionados à melhora no *follow up*. Diversos estudos enfatizam a relevância da associação entre fatores de processo e resultados do tratamento (Goldfried, 2000). A aliança terapêutica, por exemplo, é um relevante preditor de desfecho, em diferentes modalidades de psicoterapia (Norcross, 2002; McCabe e Priebe, 2004). Especialmente para as psicoterapias psicodinâmicas, as quais priorizam mudanças estruturais de longo prazo que se constroem dentro de uma relação transferencial entre terapeuta e paciente, as características do processo terapêutico e da relação terapêutica são elementares para avaliar a manutenção de resultados (Smith-Hansen *et al.*, 2012).

Um fato que se destacou na presente revisão foi a ausência de estudos dos Estados Unidos da América, que é reconhecido como um centro de referência em pesquisa psiquiátrica. Uma das hipóteses para isso é que a maioria das pesquisas realizadas neste país possam estar centradas em abordagens de orientação cognitivo comportamental, o que estava fora do escopo da presente revisão. Neste trabalho, a TCC foi avaliada somente quando comparada a outras modalidades de psicoterapia psicodinâmica/psicanalítica.

Ainda em relação às dificuldades de realizar estudos com *follow up*, o pensamento lógico leva a hipótese que quanto mais longo é o período de seguimento pós alta, maior seria a perda amostral. Porém, isso não foi encontrado nesta revisão. As maiores perdas amostrais não se mostraram relacionadas a um tempo maior de *follow up*. Um ponto a ser avaliado em relação a este tema é o seguinte: quanto maior o período pós alta, mais difícil é associar de forma causal os resultados das medidas de *follow up* com o tratamento original devido a quantidade de variáveis envolvidas na história de vida de uma pessoa, as quais podem alterar seu estado emocional (Roth e Fonagy, 2005). Em 60 meses, maior prazo de *follow up* encontrado nesta revisão, muitas variáveis poderiam estar envolvidas na manutenção dos ganhos terapêuticos, tais como questões profissionais, de saúde, de relacionamento (Fletcher *et al.*, 1996). Porém, alguns autores revelam que um intervalo entre dois e cinco anos é um tempo necessário para avaliar o efeito duradouro do tratamento na vida do paciente (Wallerstein, 2001). Assim, estudos são necessários para aprimorar o cálculo do tempo mais adequado para realizar este acompanhamento pós alta, evitando a erosão amostral e desenvolvendo bons controladores para os reveses que podem surgir da vida cotidiana dos pacientes.

As pesquisas de eficácia e efetividade centradas em características do paciente surgem como um novo paradigma de avaliação de resultados das psicoterapias (Lambert e Ogles, 2004). A inserção de estratégias qualitativas com metodologia mais rigorosa e refinada seriam uma ferramenta adicional, profunda e complexa para investigar os processos envolvidos na cura, e também um recurso para compreender os motivos que levam os pacientes a não aceitarem

responder os instrumentos e/ou participar do *follow up* depois da alta. Estudos de caso detalhados documentam as sutilezas nas atitudes e nas intervenções do terapeuta e também captam mudanças no paciente (Lingiardi *et al.*, 2010). Esses dados são importantes para aprimorar os estudos longitudinais e torná-los mais viáveis, já que essa perda amostral pode estar relacionada ao próprio tratamento, insatisfações quanto ao terapeuta, à instituição ou resultados da psicoterapia, e por isso precisam ser melhor endereçados.

Um balanço retrospectivo do tratamento também pode servir como recurso para investigar o andamento do mesmo. Assim, o resultado de um tratamento parece estar vinculado a pelo menos dois fatores importantes. A mudança da sintomatologia para melhor, ou seja, a diminuição dos sintomas clínicos manifestos e, também, o fator do alcance dos objetivos traçados em conjunto com o paciente no início do tratamento, o que envolve, muitas vezes, alterações na vida que vão além da diminuição de sintomas (Grande *et al.*, 2012).

### **Considerações finais**

A presente revisão demonstrou a importância do *follow up* como ferramenta para mensurar os resultados dos tratamentos. É relevante verificar as medidas que são utilizadas para avaliar a melhora e conhecer as formas como esses estudos vêm sendo desenvolvidos como referência para futuros estudos no Brasil. Atestar a efetividade das intervenções psicodinâmicas no período após a alta continua sendo um importante e necessário desafio para o desenvolvimento teórico e clínico da área, e por isso é necessário aprimorar e viabilizar os estudos de *follow up*.

Um ponto forte desta revisão foi a amplitude do tempo pesquisado (10 anos), e a delimitação de um foco específico, o que possibilita identificar com maior acerto as publicações sobre o tema. Optou-se por ler diversos artigos na íntegra quando suscitavam qualquer dúvida de inclusão durante a seleção dos resumos, garantindo assim maiores níveis de confiança. Uma das limitações da presente revisão é que os estudos incluídos não abrangiam todas as formas de tratamento existentes, o que impossibilitou a identificação de como é realizado o *follow up* em outras abordagens teóricas. Outra limitação é a inclusão somente de artigos em inglês e português, visto que artigos em outros idiomas poderiam acrescentar novos dados à discussão. Além disso, um dos elementos de dificuldade no rastreamento dos artigos foi a indefinição conceitual do termo *follow up*, que teve sua padronização realizada pelos autores através do estudo e identificação dos diversos conceitos do termo.



## Referências

ABBASS, A.; KISELY, S.; RASIC, D.; TOWN, J.M.; JOHANSSON, R. 2015. Long-term healthcare cost reduction with intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *Journal of Psychiatric Research*, **64**:114-120.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.001>

ABBATE-DAGA, G.; MARZOLA, E.; DE-BACCO, C.; BUZZICHELLI, S.; BRUSTOLIN, A.; CAMPISI, S.; AMIANTO, F.; MIGLIARETTI, G.; FASSINO, S. 2015. Day hospital treatment for anorexia nervosa: a 12-month follow-up study. *European Eating Disorders Review*, **23**(5):390-398.

<https://doi.org/10.1002/erv.2369>

AMIANTO, F.; PIERÒ, A.; CAIRO, E.; ROCCA, G.; SIMONELLI, B.; FASSINA, S.; ABBATE-DAGA, G.; FASSINO, S. 2011. Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry*, **11**:181.

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-181>

ARVIDSSON, D.; SIKSTRÖM, S.; WERBART, A. 2011. Changes in self and object representations following psychotherapy measured by a theory-free, computational, semantic space method. *Psychotherapy Research*, **21**(4):430-446.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577824>

BASTOS, A.G.; GUIMARÃES, L.S.; TRENTINI, C.M. 2013. Neurocognitive changes in depressed patients in psychodynamic psychotherapy, therapy with fluoxetine and combination therapy. *Journal of Affective Disorders*, **151**(3):1066-1075.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.036>

BASTOS, A.G.; GUIMARÃES, L.S.; TRENTINI, C.M. 2014. The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research*, **25**(5):612-624.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935519>

BERGHOUT, C.C.; ZEVALKINK, J. 2009. Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **73**(1):7-33.

<https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.1.7>

BÖGELS, S.M.; WIJTS, P.; OORT, F.; SALLAERTS, SM. 2014. Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, **31**(5):363-373.

<https://doi.org/10.1002/da.22246>

DRIESSEN, E.; VAN, HL; DON, FJ; PEEN, J; KOOL, S; WESTRA, D; HENRIKESM, M; SCHOEVEERS, RA; CUIJIPERS, P; TWISK, JWR; DEKKER, JJM. 2013. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, **170**(9):1041-1050.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070899>

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. 1996. *Clinical epidemiology: the essentials*. 3<sup>rd</sup> ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 208-227 p.

FREEDMAN, N.; HOFFENBER, J.; BORUS, N.; EIZIRIK, C.; KNIJINIK, D. 2001. Tiempo en tratamiento: observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre, Brasil. *Investigación Psicoanalyses Psicoterapia*, **1**:87-101.

GABBARD, G.O. 2004. *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. Washington, American Psychiatric Publishing, 224 p.

GOLDFRIED, M. 2000. Consensus in psychotherapy research and practice: where have all the findings gone? *Psychotherapy Research.*, **10**(1):1-16.

<https://doi.org/10.1093/ptr/10.1.1>

GRANDE, T.; DILG, R.; JAKOBSEN, T.; KELLER, W.; KRAWIETZ, B.; LANGER, M.; OBERBRACHT, C.; STEHLE, S.; STENNES, M.; RUDOLF, G. 2009. Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research.*, **19**(3):344-357.

<https://doi.org/10.1080/10503300902914147>

GRANDE, T.; WOLFRAM, K.; RUDOLF, G. 2012. What happens after treatment: can structural change be a predictor of long-term outcome? In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (ed.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 169-183.

GUDE, T.; HOFFART, A. 2008. Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology.*, **49**(2):195-199.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00629.x>

HAASE, M.; FROMMER, J.; FRANKE, GH; HOFFMANN, T; SCHULZE-MUETZEL, J; JAGER, S; GRADE, HJ, SPITZER, C; SCHIMITZ, N. 2008. From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research.*, **18**(5):615-624. <https://doi.org/10.1080/10503300802192158>

HEINONEN, E.; LINFORDS, O; LAAKSONEN, M.A; KNEKT, P. 2012. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders.*, **138**(3):301-312.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>

HØGLEN, P.; BØWWALD, K.P; AMLO, S.; MARBLE, A.; ULBERG, R.; SJAASTAD, M.C.; SØRBYE, Ø.; HEYERDAHL, O.; JOHANSSON, P. 2008. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, **165**(6):763-771. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07061028>

JOHANSSON, R.; NYBLOM, A.; CARLBRING, P.; CUIJPERS, P.; ANDERSSON, G. 2013. Choosing between internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral therapy for depression: a pilot preference study. *BMC Psychiatry*, **13**:268. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852703/> . Acesso em: 24/09/2016.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>

KAZDIN, A.E. 2007. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, **3**:1-27.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>

KAZDIN, A.E. 2009. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, **19**(4-5):418-428.

<https://doi.org/10.1080/10503300802448899>

KOPPERS, D.; PEEN, J.; NIEKERKEN, S.; VAN, R.; DEKKER, J. 2011. Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short-term psychodynamic therapy. *Journal of Affective Disorders*, **134**(1-3):468-472.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.027>

KRONSTRÖM, K.; SALMINEN, J.K.; HIETALA, J.; KAJANDER, J.; VAHLBERG, T.; MARKKULA, J.; RASI-HAKALA, H.; KARLSSON, H. 2009. Does defense style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? *Depression and Anxiety*, **26**(7):689-695.

<https://doi.org/10.1002/da.20585>

KUUTMANN, K.; HILSENROTH, M.J. 2012 Exploring in-session focus on the patient–therapist relationship: patient characteristics, process and outcome. *Clinical Psychology Psychotherapy*, **19**(3):187-202.

<https://doi.org/10.1002/cpp.743>

LAMBERT, M.J.; OGLES, B.M. 2004. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. LAMBERT (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York, Wiley, p. 139-193.

LEICHSENDRING, L. *et al.* 2014. Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, **171**(10):1074-1082. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111514>

LEUZINGER-BOHLEBER, M.; STUHR, U.; RUGER, B.; BEUTEL, M. 2003. How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *The International Journal of Psychoanalysis*, **84**(2):263-290.

<https://doi.org/10.1516/C387-0AFM-4P34-M4BT>

LEVI, O.; BAR-HAIM, Y.; KREISS, Y.; FRUCHTER, E. 2015. Cognitive-behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a comparative effectiveness study. *Clinical Psychology Psychotherapy*, **23**(4):298-307.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1969>

LILLIENGREN, P.; SANDELL, R.; FALKENSTROM, F.; WERBART, A.; MOTHANDER, P.R. 2015. Secure attachment to therapist, alliance, and outcome in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Journal Counseling Psychology*, **62**(1):1-13.

<https://doi.org/10.1037/cou0000044>

LINGIARDI, V.; SHEDLER, J.; GAZILLO, F. 2010. Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment*, **86**:23–32.

[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601\\_04](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_04)

LIPSEY, M.W.; WILSON, D.B., 1993. The efficacy of psychological, education, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, **48**(12):1181–209. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.12.1181>

LUYTEN, P.; BLATT, S.; MAYES, L. 2012. Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy research: the need for a (relatively) new paradigm. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 145-160.

LUYTEN, P.; BLATT, S.J. 2012. Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, **35**(1):111-129.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.01.001>

DE MAAT, S.; DE JONGUE, F.; DE KRAKER, R.; LEICHESERING, F.; ABBASS, A.; LUYTEN, P.; DEKKER, J. 2013. The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, **21**(3):107-137.

MARTTUNEN, M.; VALIKOSKI, M; LINFORDS, O; LAAKSONEM, M.A; KNET, P. 2008. Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: A 1-year follow-up study. *Psychotherapy Research*, **18**(2):191-199.

<https://doi.org/10.1080/10503300701429958>

MCCABE, R.; PRIEBE, S. 2004. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, **50**(2):115-128. <https://doi.org/10.1177/0020764004040959>

NORCROSS, J.C. 2002. Empirically supported therapy relationships. In: J.C. NORCROSS (ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. London, Oxford University Press, p. 3-16.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J.L. 2007. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, **21**(2):47-53.

PUSCHNER, B.; WOLF, M.; KRAFT, S. 2008. Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment? *Psychotherapy Research*, **18**(2):167-178.

<https://doi.org/10.1080/10503300701367984>

QUILTY, L.C.; DE FRUYT, F; ROLLAND, J.P; KENNEDY, S.H; ROUILLON, P.F; BAGBY, R.M. 2008. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. **108**(3):241-250.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.022>

RABUNG, S.; LEICHSENDRING, F. 2012. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: first meta-analytic evidence and its discussion. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 27-52.

ROTH, A.; FONAGY, P. 2005. *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. 2<sup>nd</sup> Ed., London, The Guildford Press, 661 p.

SALMINEN, J.K.; KARLSSON, H.A.; HIETALA, J.D.; KAJANDER, J.E.; AALTO, S.F.; MARKKULA, J.D.; RASI-HAKALA, H.G.; TOIKKA, T.C. 2008. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Fluoxetine in Major Depressive Disorder: A Randomized Comparative Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **77**(6):351-357.

<https://doi.org/10.1159/000151388>

SALZER, S.; WINKELBACH, C.; LEWEKE, F.; LEIBING, E.; LEICHSENDRING, F. 2011. Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **56**(8):503-508.

<https://doi.org/10.1177/070674371105600809>

SANDELL, R.; BLOMBERG, J.; LAZAR, A.; CARLSSON, J.; BROBERG, J.; SHUBERT, J. 2000. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *International Journal of Psycho-analysis*, **81**(5):921-42.

SANTEIRO, T.V. 2008. Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. *Psicologia em Estudo*, **13**(4):761-770.

<https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000400014>

SATTEL, H.; LAHMANN, C.; GÜNDEL, H.; GUTHRIE, E.; KRUSE, J.; NOLL-HUSSONG, M.; OHMANN, C.; RONEL, J.; SACK, M.; SAUER, N.; SCHNEIDER, G.; HENNINGSEN, P. 2012. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, **200**(1):60-67.

<https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>

SCHEIDT, E. 2013. Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, **35**(2):160-167.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.10.013>

SHEDLER, J. 2010. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, **65**(2):98-109. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018378>

<https://doi.org/10.1037/a0018378>

SMITH-HANSEN, L.; LEVY, R.A.; SEYBERT, C.; ERHARDT, I.; ABLON, A.S. 2012. The contributions of the psychotherapy process Q-Set to psychotherapy research. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 381-400.

SOLBAKKEN, O.A.; ABBASS, A. 2015. Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders*, **181**:67-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003>

SØRENSEN, P.; M. BIRKET-SMITH; WATTAR, U.; BUEMANN, I.; SALKOVSKIS, P. 2011. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*, **41**(2):431-441.

<https://doi.org/10.1017/S0033291710000292>

TAYLOR, D. 2012. Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 95-116.

VERMOTE, R.; LOWYCK, B.; LUYTEN, P.; VERHAEST, Y.; VERTOMMEN, H.; VENDENEDE, B.; CORVELEYN, J.; PEUSKENS, J. 2011. Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology Psychotherapy*. **18**(4):303-313. <https://doi.org/10.1002/cpp.713>

VERMOTE, R.; LOWYCK, B.; LUYTEN, B.; VERTOMMEN, H.; CORVELEYEN, J.; VERHAEST, Y.; PEUSKENS, J. 2010. Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*., **198**(2):110–115.

VINNARS, B.; THORMÄHLEN, B.; GALLOP, R.; NORÉN, K.; BARBER, J.P. 2009. Do personality problems improve during psychodynamic supportive–expressive psychotherapy? Secondary outcome results from a randomized controlled trial for psychiatric outpatients with personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **46**(3):362-375.

<https://doi.org/10.1037/a0017002>

WALLERSTEIN, R.S. 2005. Outcome research. In: G.O. GABBARD; E.S. PERSON; A.M. COOPER (eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Washington, American Psychiatric Publishing, p. 301-315.

WALLERSTEIN, R.S. 2001. The generations of psychotherapy research. An overview. In: M. LEUZINGER-BOHLEBER; M. TARGET (eds.), *Outcomes psychoanalytic treatment: perspectives for therapists and researchers*. London, Whurr, p. 30-60.

YAZIGI, L.; SEMER, N.L.; AMARO, T.C.; FIORE, M.L.M.; DA SILVA, J.F.R.; BOTELHO, N.L.P. 2011. Rorschach and the WAIS-III after one and two years of psychotherapy. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **4**(1):10-18.

ZIPFEL, T. *et al.* 2014. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, **383**(9912):127-137.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)

*Submetido: 30/09/2016*  
*Aceito: 13/03/2017*

**Quadro 1: Descrição dos Ensaio Clínicos**  
**Chart 1: Description of clinical trials**

<b>Autor e País</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>N inicial</b>	<b>N no follow up</b>	<b>Erosão da amostra</b>	<b>Tempo de follow up</b>	<b>Métodos e Medidas utilizadas no follow up</b>	<b>Conclusão após follow up</b>
Heinonen <i>et al.</i> , (2012)  Finlândia	PPCP X PPLP	Analisar o efeito de características do terapeuta.	326	222	32%	36 meses	(DPCCQ) e (SCL-90).	Terapeutas ativos e engajados produzem mais rápida diminuição de sintomas na PPCP. Terapeutas mais cautelosos e não intrusivos trazem mais benefícios na PPLP.
Levi <i>et al.</i> , (2015)  Israel	PP X TCC	Efetividade para Estresse Pós-Traumático.	243	56	77%	8-12 meses	Entrevista clínica (PTSD) e (MADRS).	Ambos foram efetivos e mantidos.
Solbakken & Abbass (2015)  Canadá	PPICP	Efetividade para pacientes refratários a tratamentos de ansiedade e depressão	60	32	47%	6 e 12 meses	(OQ – 45), (SCL-90) e (IIP)	Houve melhora significativa em toda as medidas. O tratamento foi efetivo para quase 50 % dos casos.



Vinnars <i>et al.</i> , (2009) Suécia	TCFP X TAU	Efetividade para Transtornos de Personalidade.	156	84	46%	12 meses	Entrevista + (KAPP), (PMS), (IIP) e (KSP).	Ambos os grupos foram igualmente eficazes. Melhora na qualidade das relações objetivas.
Scheidt <i>et al.</i> , (2013) Alemanha	PPC X TAU	Efetiva para Fibromialgia e Depressão.	46	35	24%	12 meses	(FIQ) e (HADS).	Os dois tratamentos foram efetivos.
Marttunen <i>et al.</i> , (2008) Finlândia	TF X PPCP	Efetividade para remissão da depressão	163	135	17%	12 meses	Entrevista + (SCL-90), (BDI), (GAF), (SAS-SR) e (IIP).	Houve remissão da depressão nos dois grupos.
Bögels <i>et al.</i> , (2014) Holanda	PP X TCC	Efetividade para Transtorno de ansiedade social	49	42	14%	3 e 12 meses	(SPAI), (FQ) e (SCL-90).	Ambos tiveram igual taxa de remissão dos sintomas (mais de 50%).
Zipfel <i>et al.</i> , (2014) Alemanha	PPF X TCC X TAU	Efetividade para Anorexia Nervosa	242	115	52%	12 meses	Peso + (EDI-2), (SIAB-EX) e (PSR)	Todos os grupos melhoraram. TCC é mais efetiva no ganho de peso. A PPF é mais efetiva no follow up.
Driessen <i>et al.</i> , (2013) Holanda	TCC X PPA	Efetividade para Depressão grave	341	192	43,7%	12 meses	(HDRS), (IDS-SR), (CGI) e (GAF).	Os dois grupos melhoraram Não houve diferença.

Johansson <i>et al.</i> , (2013) Suécia	PPIN X TCCI	Efetividade para Depressão	44	34	22,7%	7 meses	Entrevista + (BDI), (MADRS), (PHQ-9), (BAI), (GAD-7) e (QOLI) pela internet.	TCCI mais eficaz.
Sattel <i>et al.</i> , (2012) Alemanha	PIT X TAU	Efetividade para Transtorno Psicossomático	211	180	14,7%	9 meses	(SF-36) pelo correio.	Melhora na qualidade de vida e somatização no grupo PIT.
Amianto <i>et al.</i> , (2011) Italia	TAU X TAU + PPB	Efetividade para Transtorno de Personalidade Borderline	35	33	5,7%	24 meses	(TCI), (STAXI), (SCL-90), (CGI) (GAF) e (WAI-S).	TAU + PPB foi superior.
Kronström <i>et al.</i> , (2009) Finlândia	PPCP X FLX	Estudo de processo: impacto das defesas nos tratamentos.	50	36	28%	12 meses	Entrevista + (DSQ), (HDRS), (PMS)	Redução da ansiedade e associação das defesas maduras com a melhora dos sintomas no FLX. Pacientes com defesas imaturas se beneficiam mais da PPCP.
Sørensen, <i>et al.</i> , (2010) Dinamarca	TCC X PPC X Lista de espera	Efetividade para Hipocôndria.	80	25	68,7%	12 meses	(HAI) e (HARS).	TCC foi mais efetiva

Koppers <i>et al.</i> , (2011) Holanda	PP sozinha X PP + MED	Efetividade	140	52	62,8%	60 meses	Entrevista + (HDRS) e ( SCL- 90).	Não houve diferença entre os grupos, nos dois houve recaída.
Salzer, <i>et al.</i> , (2011) Alemanha	TCC X PPC	Efetividade para Transtorno de Ansiedade Generalizada	57	41	28%	12 meses	(HARS).	Os dois grupos melhoraram, mas a TCC foi superior.
Høglen d <i>et al.</i> , (2008) Noruega	PAT X PAST	Efetividade.	100	48	52%	12 e 36 meses	Entrevista + (OQR), (PFS) e (IIP).	PAT procurou menos tratamento adicional. Pacientes com relações de objeto pobres também se beneficiaram mais.

**Quadro 2: Descrição dos estudos longitudinais e caso controle**  
**Chart 2: Description of longitudinal and case and control studies**

Autor e País	Intervenção	Objetivo do Estudo	N inicial	N no follow up	Erosão da amostra	Tempo de follow up	Métodos e Medidas utilizadas no follow up	Conclusão após follow up
Puschner <i>et al.</i> , (2007) Alemanha	PP X TCC X PA	Processo: aliança como preditor de melhora.	259	217	16,2%	24 meses	(SCL-90) e (HAQ).	Em todos os grupos quanto mais sessões mais aliança e menos sintomas de angústia. Outras variáveis do paciente e terapeuta são mais efetivas para o resultado.
Gude <i>et al.</i> , (2008) Noruega	PP X TE	Efetividade e para agorafobia e pacientes cluster C de personalidade.	42	37	12%	12 meses	Entrevista + (IIP), (SCL-90), (MI) por email.	TE diminuiu mais os problemas interpessoais.
Hasse <i>et al.</i> , (2008) Alemanha	PP X TAU	Efetividade e através de Sintomas e problemas	408	156	61,7%	12 meses	(SCL-90) e (IIP) por email.	Melhora nos sintomas e problemas

		interpessoais.						interpessoais.
Abbat <i>et al.</i> , (2015) Itália	PP + Dieta + Técnicas comportamentais + Aconselhamento familiar.	Efetividade e de uma intervenção combinada para transtornos alimentares	58	48	17,2 %	12 meses	Entrevista + (BDI), (BAI) e (EDI)	68% mantiveram os resultados positivos.
Berghout & Zevalkink (2009) Holanda	PP	Efetividade e da PP.	231	51	78%	24 meses	(SCL-90), (BDI), (STAI),(II P) pelo correio,(M MPI-2,) (RORSCH ACH) presencial.	Efetivo para pacientes com transtorno mental crônico. Mas houve ligeira piora na medida de follow up.
Lilliengren <i>et al.</i> , (2015) Suecia	PP X TAU	Investigar processo e resultado entre apego e aliança.	92	70	24%	18 e 36 meses	Entrevista + (SCL-90), (GAF) e (IIP).	Desenvolver apego seguro ao terapeuta foi preditor para seguir melhorando.
Grande <i>et al.</i> , (2009) Alemanha	PP x PA	Efetividade e através das mudanças estruturais.	76	56	26,3%	12 e 36 meses	Entrevista (OPD) + (SCL-90), (IIP) e (HSCS).	Quanto maior a duração da psicoterapia mais mudança

								s estruturais.
Arvidsson <i>et al.</i> , (2011)  Suécia	PP X GC	Processo: mudanças do self e representações objetais.	61	61	0%	18 e 36 meses	Entrevista + (GAF), (SCL-90), e (OQR).	PP teve mudanças nas representações do self, mas no follow- up somente a representação de pai e mãe foi diferente do TAU.
Leichsenring <i>et al.</i> , (2014)  Alemanha	TCC X PPC X PPL	Efetividade e para Transtorno de Ansiedade	495	108	78%	6,12 e 24 meses	Entrevista + (LSAS), (SPAI, (BDI) e (IIP).	Ambos os grupos tiveram melhora e foram mantidas.
Abass <i>et al.</i> , (2015)  Canadá	PPI X GC	Efetividade.	1082	686	36%	12, 24 e 36 meses	Cálculo de custo com saúde (BSI) e (IIP).	PPIC reduziu mais os gastos com saúde que os GC.

<b>Autor e País</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>N inicial</b>	<b>N no follow up</b>	<b>Erosão da amostra</b>	<b>Tempo de follow up</b>	<b>Métodos e Medidas utilizadas no follow up</b>	<b>Conclusão após follow up</b>
---------------------	--------------------	---------------------------	------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------------	--	---------------------------------

Puschner <i>et al.</i> , (2007) Alemanha	PP X TCC X PA	Processo: aliança como preditor de melhora.	259	217	16,2%	24 meses	(SCL-90) e (HAQ).	Em todos os grupos quanto mais sessões mais aliança e menos sintomas de angústia. Outras variáveis do paciente e terapeuta são mais efetivas para o resultado.
Gude <i>et al.</i> , (2008) Noruega	PP X TE	Efetividade para agorafobia e pacientes cluster C de personalidade.	42	37	12%	12 meses	Entrevista + (IIP), (SCL-90), (MI) por email.	TE diminuiu mais os problemas interpessoais.
Hasse <i>et al.</i> , (2008) Alemanha	PP X TAU	Efetividade através de Sintomas e problemas interpessoais.	408	156	61,7%	12 meses	(SCL-90) e (IIP) por email.	Melhora nos sintomas e problemas interpessoais.
Abbat <i>et al.</i> , (2015) Itália	PP + Dieta + Técnicas comportamentais + Aconselhamento familiar.	Efetividade de uma intervenção combinada para transtornos alimentares	58	48	17,2%	12 meses	Entrevista + (BDI), (BAI) e (EDI)	68% mantiveram os resultados positivos.

Berghout & Zevalkink (2009) Holanda	PP	Efetividade da PP.	231	51	78%	24 meses	(SCL-90), (BDI), (STAI),(IIP) pelo correio,(MMPI-2,) (RORSCHACH) presencial.	Efetivo para pacientes com transtorno mental crônico. Mas houve ligeira piora na medida de follow up.
Lilliengren <i>et al.</i> , (2015) Suécia	PP X TAU	Investigar processo e resultado entre apego e aliança.	92	70	24%	18 e 36 meses	Entrevista + (SCL-90), (GAF) e (IIP).	Desenvolver apego seguro ao terapeuta foi preditor para seguir melhorando.
Grande <i>et al.</i> , (2009) Alemanha	PP x PA	Efetividade através das mudanças estruturais.	76	56	26,3%	12 e 36 meses	Entrevista (OPD) + (SCL-90), (IIP) e (HSCS).	Quanto maior a duração da psicoterapia mais mudanças estruturais.
Arvidsson, <i>et al.</i> , (2011) Suécia	PP X GC	Processo: mudanças do self e representações objetais.	61	61	0%	18 e 36 meses	Entrevista + (GAF), (SCL-90), e (OQR).	PP teve mudanças nas representações do self, mas no follow-up somente a representação de pai e mãe foi diferente do TAU.
Leichsenring <i>et al.</i> , (2014)	TCC X PPC X PPL	Efetividade para Transtorno	495	108	78%	6,12 e 24 meses	Entrevista + (LSAS), (SPAI, (BDI) e (IIP).	Ambos os grupos tiveram melhora e



Alemanha		de Ansiedade						foram mantidas.
Abass <i>et al.</i> , (2015)  Canadá	PPI X GC	Efetividade	1082	686	36%	12, 24 e 36 mese s	Cálculo de custo com saúde (BSI) e (IIP).	PPIC reduziu mais os gastos com saude que os GC.

## 5.4 ARTIGO 4

**Dimensions of therapeutic alliance and treatment goals in psychodynamic psychotherapy****(Under review in Journal of Clinical Psychology)**

Camila Piva da Costa<sup>1</sup>, Carolina Stopinski Padoan<sup>1</sup>, Andre Goettems Bastos<sup>2</sup>, Simone Hauck<sup>1</sup>, Luciano Santos Pinto Guimarães<sup>1</sup>, Maria Lúcia Tiellet Nunes<sup>1</sup>, Claudio Eizirik<sup>1</sup>

1. Postgraduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil UFRGS, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, Brazil
2. Postgraduate Program in Psychology, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil

Institution at which the work was performed: Contemporâneo Institution of Psychoanalyses in Porto Alegre, RS, Brazil.

Correspondence to: Camila Piva da Costa, [camilapdacosta@gmail.com](mailto:camilapdacosta@gmail.com), (+55) 51 991996857).

Rua Félix da Cunha, 737/606, bairro Moinhos de Vento, Porto Alegre, Brazil.

**Abstract**

Therapeutic alliance and patient–therapist agreement on treatment goals are important factors affecting outcomes. Objective: This study aims to assess the quality of therapeutic alliance considering all its dimensions, patient–therapist agreement on treatment goals, and its impact on outcomes. Methods: Naturalistic follow-up study wherein 272 therapist–patient pairs were assessed at the beginning of the treatment and after 12 months of psychodynamic psychotherapy. Results: Patients and therapists had different perceptions about therapeutic alliance in terms of tasks and goals, and patients tended to rate therapeutic alliance higher than therapists. Agreement on

treatment goals had no influence on treatment outcomes. Dropout patients showed lower scores in the task dimension. Conclusion: Therapist–patient collaboration should be based not only on agreement in treatment goals but also on, e.g., agreement on tasks. Patients who do not understand or agree with the mechanisms of the psychodynamic model appeared to drop out of treatment.

*Keywords:* treatment goals; therapeutic relationship; psychodynamics; psychotherapy; therapist effect

## **Dimensions of Therapeutic Alliance and Treatment Goals in Psychodynamic Psychotherapy**

Treatment goals are individualized and cognitively elaborated representations of what a patient aims to achieve in terms of current life situation through psychotherapy (Grosse & Grawe, 2000; Kazdin, 2001; Michalak, Klappheck, & Kosfelder, 2004). These initial goals are relevant information both to the treatment process and diagnosis (Michalak, Klappheck, & Kosfelder, 2004; Michalak & Holtforth, 2006; Gabbard, 2005; Flückiger & Holtforth, 2008). Reasons for seeking psychotherapy usually involve conscious issues that the patient recognizes as a source of suffering. They also involve also unconscious processes that should be analyzed by a therapist at the beginning of the treatment (Gabbard, 2005; Shedler, 2010; Hilsenroth, Cromer, & Ackerman, 2012). These unconscious aspects are not often recognized by the patient, thereby requiring an interpretation of the therapist and may take longer to arise.

Previous studies have shown that therapist–patient agreement on treatment goals is associated with the quality of therapeutic alliance, which is an important predictor of early dropouts (Corning, Malofeeva, & Bucchianeri, 2007; Bachelor, 2013; Anderson, 2015). Additionally, when patients and therapists agree on treatment goals, outcomes tend to be more positive (Tryon & Winograd, 2010; Schottke et al., 2014). At initial sessions, patients who notice that their therapists have not identified their particular treatment goals are more likely to dropout earlier (Anderson, 2015). Similarly, some studies have shown that greater discrepancies between patients and therapists in their perceptions of initial treatment goals are associated with lower likelihood of mutual termination (Corning et al., 2007).

Some studies have measured these goals as part of therapeutic alliance, while some have measured them separately. Overall, there is a historic consensus that therapeutic alliance is the most precise predictor of psychotherapy outcome, regardless of the type of therapeutic approach. In other words, therapeutic alliance i.e., is the most accurate predictor of psychotherapy outcome, irrespective of whether it is cognitive, interpersonal, behavioral, or psychodynamic (Horvath & Symonds, 1991; Krupnick et al., 1996; Carroll, Nich, & Rounsaville, 1997; Hellerstein et al., 1998; Norcross, 2002; McCabe & Priede, 2004; Patterson, Uhlin, & Anderson, 2008; Norcross & Wampold, 2011). Studies have demonstrated that poor alliance between therapists and patients

leads to interruptions, treatment dropouts, and/or early termination (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Sharf, Primavera, & Diener, 2010; Horvath, Del Re, Flückigern, & Symonds, 2011; Norcross & Lambert, 2011). However, few studies have addressed the specificities of each alliance dimension (bond, goal, and task) and their impact on treatment outcomes.

This study aimed to assess the quality of the therapeutic alliance considering its different dimensions, patient–therapist agreement on treatment goals, and its impact on outcomes.

## **Methods**

### **Study Design**

This study uses data from a cohort of patients undergoing psychodynamic psychotherapy. A mixed methods design was used to quantitatively and qualitatively assess patients at the following time points: beginning of treatment (fourth session) and after 12 months (considering the type of treatment termination (discharge or dropout) or non-termination was evaluated).

### **Participants**

This study included 272 pairs of therapists and patients (272 patients and 51 therapists). Psychologists specialized in psychodynamic psychotherapy underwent a specific patient-screening training to conduct intake interviews. Intake interviews included the application of clinical and sociodemographic questionnaires. After initial screening, patients started treatment. The Working Alliance Inventory (WAI) and a treatment goals form (a qualitative form specifically developed for this study) were applied to patients and therapists after the fourth session. Previous studies have shown that this time point is appropriate for collecting data on the working alliance (Philips, Wennberg, & Wezbart, 2007; Daniels & Wearden, 2011; Tryon & Winograd 201).

### **Instruments**

**Clinical and sociodemographic questionnaire.** Data were obtained from an initial registration form completed by patients during intake interviews and from the records of the psychologists who conducted the interviews. The following data were retrieved from these documents: sex, age, education, marital status, diagnosis, and reason for consultation.

**Treatment goals form.** The form was constructed for this study. Patients were asked to answer the question, “What is your main goal in the psychotherapy?,” while therapists answered, “What is the main goal of your patient in psychotherapy?” Patient and therapists were blinded to each other’s answers.

**WAI.** WAI (Horvath & Greenberg, 1989). It was designed to assess the therapeutic alliance in different psychotherapeutic approaches. The questionnaire comprised 36 items to be answered using a seven-point response scale (1: never; 7: always), which were divided into three dimensions: goals (negotiation and agreement on treatment goals in terms of outcomes), tasks (specific activities developed by the therapist-patient pair to foster changes), bonds (interpersonal relationship between patients and therapists), and total score. Its reliability ranged from 0.84 to 0.93 (Horvath, 1994).

### **Data Analysis**

WAI scores and sociodemographic and clinical variables were described in terms of frequency, percentage, mean, and standard deviation. A linear mixed model analysis with restricted maximum likelihood (REML) estimation was used (Singer & Willett, 2003). Therapists and patients were included as random factors. The fixed factors were therapist–patient agreement and the type of termination, which were adjusted for confounding variables (patient’s gender and diagnosis and therapist’s time of practice). The three alliance dimensions were analyzed as different outcomes.

Database was restructured to compare patients’ and therapists’ answers. Means were compared using the Bonferroni post-hoc test. Inter-rater agreement on the categories of treatment goals and therapist–patient agreement on the treatment goals were assessed using the kappa coefficient (Viera & Garrett, 2005). A significance level of 0.05 was adopted.

After patients and therapists completed filling the treatment goals form, questionnaires were collected and responses were typed, stored, and divided into two groups: (1) patients and (2) therapists. This material was then analyzed according to content analyses of Bardin (1977). According to the method, content analysis is a set of communication analysis techniques aiming to obtain systematic and objective description of message content, indicators (quantitative or

otherwise) that allow inference knowledge of the conditions of production/reception (inferred variables) of these messages.

This qualitative analysis has been used to complement widely used assessment scales that are unable to reflect subtleties and peculiarities. In psychotherapies, the real relationship between therapists and patients has been demonstrated to play an important role in both treatment adherence and outcome measures (Lo Coco, Gullo, Prestano, & Gelso, 2011). Thus, it is relevant to include a research tool sensitive to these parameters and capable of comprehensively investigating the therapeutic pair in this study.

Content analysis of Bardin were conducted by two independent raters with more than 10 years of experience in clinical psychology and research. They analyzed patients' and therapists' responses and classified them according to the categories created based on Bardin analysis. Disagreements were resolved by a third specialized rater. When final categories were defined, the therapist–patient agreement on treatment goals was analyzed using the kappa coefficient.

This process resulted in the creation of the following groups for data analysis: pairs who agreed on treatment goals and pairs who disagreed on treatment goals.

### **Ethics Considerations**

This study was approved by the Federal University of Rio Grande do Sul ethics committee (certificate number: 43011815.4.0000.5347). All international standards for research involving human subjects were followed.

### **Results**

The study participants comprised 272 pairs of psychotherapists and patients who completed filling a treatment goals form and a WAI questionnaire. The characteristics of the participants are listed in Table 1.

Table 2 lists the categories created based on the GT analysis of treatment goals in consideration of patients and therapists, including definitions and examples of words and phrases used.

Table 3 summarizes the percentage agreement on the categories of treatment goals between raters and between patients and therapists.

In most categories, the inter-rater agreement was considerably concordant ( $k = 0.88$ ;  $P < 0.001$ ). On average, the therapist–patient agreement was moderately concordant ( $k = 0.47$ ;  $P < 0.001$ ), even after controlling the therapist effect (Viera & Garrett, 2005).

Figure 1 shows the therapist–patient agreement on treatment goals considering the number of patients of each therapist.

These results show that the more the patients a therapist has, the lower the agreement on treatment goals, hence, even controlling the therapist effect.

The frequency of therapist–patient pairs that agree or disagree on treatment goals was analyzed for patients who dropped out, were discharged, and continued treatment. There was no statistically significant difference between the groups ( $P > 0.523$ ). Therefore, agreement on treatment goals had no influence on the type of treatment termination.

Table 4 summarizes a comparison of patients and therapists on the therapeutic alliance scale.

After controlling the therapist effect, a statistically significant difference was found between patients' and therapists' perceptions of tasks ( $P = 0.001$ ) and goals ( $P < 0.001$ ) and in the total score ( $P = 0.002$ ). There was no significant difference in therapist–patient bonds ( $P = 0.184$ ). Thus, patients and therapists had different perceptions of what should be the focus of therapy and patients tended to rate the therapeutic alliance higher than therapists.

Table 5 provides a comparison of the therapeutic alliance based on the type of treatment termination (discharge and dropout) or non-termination.



After adjusting the model for patient's sex, diagnostic hypothesis, and therapist's age and time of practice, a significant difference was maintained in the task score ( $P = 0.046$ ) between the patients who dropped out and those who continued treatment or were discharged. These results indicate that even after controlling the variables that may influence the alliance, the association between the task dimension and the abandonment of treatment was maintained.

The therapist–patient pairs that agreed and disagreed on treatment goals were compared to assess the differences in therapeutic alliance quality: WAI-T - Task ( $P = 0.807$ ); WAI-T - Bond ( $P = 0.454$ ); WAI-T - Goals ( $P = 0.845$ ); WAI-T - Total score ( $P = 0.803$ ); WAI-C - Task ( $P = 0.515$ ); WAI-C - Bond ( $P = 0.269$ ); WAI-C - Goals ( $P = 0.228$ ); WAI-C - Total score ( $P = 0.292$ ). No statistically significant differences were found between therapist–patient agreement on treatment goals and therapeutic alliance.

### **Discussion**

This study assessed different dimensions of therapeutic alliance, treatment goals, and its association with the type of treatment termination (dropout, discharge, or non-termination). With regard to treatment goals, most patients mentioned “personal development” (56%), followed by “anxiety and mood problems” (26%). The same categories were most frequently mentioned by therapists. These results are consistent with those reported in the literature (Nordström & Bodlund, 2008; Holmqvist, Philips, & Mellor-Clark, 2016). In their involving 846 patients, Holmqvist et al. (2016) found that the treatment goal mentioned by half of the patients was to “improve symptoms of anxiety and depression.”

With regard to personal development, previous research has reported that self-esteem, quality of life, and self-knowledge (items included in this category) are also related to symptoms of anxiety and depression (Martín-Merino, Ruigómez, Wallander, Johansson, & García-Rodríguez, 2009; Kolovos, Kleiboer, & Cuijpers, 2016; Dinger, Ehrenthal, Nikendei, & Schauenburg, 2017). Patients may regard their personal development goal as a cause of their depressive feelings. Furthermore, anxiety symptoms can be the reason for their lower self-esteem. This suggests that categories such as personal development and anxiety and mood problems may overlap.

The therapist–patient agreement on treatment goals was moderate ( $k = 0.47$ ) and had no

influence on the type of treatment termination. When comparing concordant and discordant pairs, dropout rate was similar in both groups. This finding is consistent with that of a study conducted by Shottke et al. (2014). They investigated the determinants of treatment goals and their predictive value for therapeutic progress. This study has found that although the therapist–patient agreement on treatment goals was relatively low, it did not affect the outcomes. Another study has also found low concordance between 846 patients and their therapists; however, this aspect was not associated with improved psychotherapy outcomes (Holmqvist, Philips, & Mellor-Clark, 2016).

A possible reason for moderate agreement on treatment goals is that patients usually favor complaints and symptoms. Additionally, therapists usually focus on psychopathology and deeper elements, e.g., conflicts and personality (Holmqvist, Philips, & Mellor-Clark, 2016). Some studies have shown that patients need a certain amount of time under treatment until the psychopathologic issues that motivated them to seek psychotherapy and understand how they can achieve the expected improvement were identified (Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012; Steinert, Munder, Rabung, Hoyer & Leichsenring, 2017).

Another important reason for moderate agreement may be vocabulary differences between patients and therapists (Schöttke, Trame, & Sembil, 2014). For instance, patients may set a goal to set up a personal relationship problem, while therapists may regard this as a psychiatric diagnosis related to patients' symptoms. Patients may consider the personal relationship problems as a cause of depressive feelings, while the therapist may consider depression as a cause of personal relationship problems. Thus, this type of description may interfere with the classification of treatment goals (Busseri & Tyler, 2004). Finally, according to Gabbard (2005, 2014), another risk is that therapists determine which type of treatment must be given to patients and not the type of treatment which patients would opt for. Recognizing the patient's point of view regarding problems and treatment goals is an important aspect for patients, and sometimes, therapists fail to do so (Swift & Callahan, 2009).

The finding that the more patients a therapist has, the lower the agreement on treatment goals suggests that therapists with fewer patients can more diligently focus on individualized goals in comparison with therapists with many patients, thereby increasing the degree of concordance. This is because therapists with many patients are required to address different needs (Eames &

Roty, 2000; Roth & Fonagy, 2005). Thus, therapist training should include goal development in the initial phase of treatment, which will enable the therapists to deal with the goals of all their patients, even if there are multiple patients.

These findings suggest that a productive collaboration between patients and therapists should be based not only on treatment goals. Initial disagreement or moderate agreement on treatment goals does not prevent therapists from understanding patients' needs and longing for improvement and from turning them into therapy demands. However, this factor may require more attention during the initial phase of treatment. A hypothesis is that as treatment advances, the patient gradually becomes able to access the psychodynamic origins of suffering. Thus, patients and therapists may reach an agreement on treatment goals over time. Further studies following the process of turning complaints into demands may clarify how this change occurs.

As demonstrated in this study, therapeutic alliance dimensions develop differently during the therapeutic process, probably because patients and therapists perceive therapeutic alliance differently. Previous research has shown that divergent perspectives regarding therapeutic alliance may be a rule and not an exception (Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Tryon, Blackwell & Hammel, 2008; Bachelor, 2013). The scores for WAI goals and tasks as well as total score were higher for patients than for therapists. The only dimension with no significant differences was WAI bonds, which refer to the interpersonal connection between patients and therapists. This suggests that patients and therapists share similar opinions solely on this alliance dimension.

Patients are influenced by their previous interpersonal experiences, which are represented by or transferred to the therapeutic relationship (Gabbard, 2006). Conversely, therapists evaluate alliance according to their theoretical assumptions and clinical experience (Horvath, 2000; Kramer, Roten, Beretta, Michel, & Despland, 2008). However, studies have shown that therapists may also be influenced by their own relationship standards and personal problems, which, together with their professional knowledge, shape their perception of alliance (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen, & Rønnestad, 2013; Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015).

Recent research findings have demonstrated an association between the characteristics of therapists, therapeutic alliances, and therapy outcomes (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009; Anderson, Crowley, Himawan, Holmberg, & Uhlin, 2016). By examining the

impact of therapists' attachment style on therapeutic alliance, interactions between therapists attachment style and patients' attachment style have been found to contribute to alliance and outcomes (Degnan, Seymour-Hyde, Harris, & Berry, 2016). Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe, and Monsen (2009) assessed the influence of therapists' characteristics on alliance and found that interpersonal style had a negative impact on it. In their study, therapists' better report concerning maternal care and more professional training led to a better alliance according to patients' perception. Another study has also suggested that alliance is affected by the quality of life of therapists whose personal problems were strongly and inversely associated with the growth of alliance (Nissen-Lie et al., 2013).

Unrealistic expectations and idealization of treatments by therapists may also affect alliance (Jung, Nunes, & Eizirik, 2007). Aspiring to achieve a structural change, a transference resolution, or other treatment goals, therapists may treat patients according to their personal ambitions, which are usually higher than patients' own ambitions (Gabbard, 2005).

The goal dimension of alliance was not significantly associated with the type of treatment termination herein. Patients who continued treatment rated the task dimension higher in comparison with those who dropped out. Agreement on tasks was the only alliance dimension that was associated with dropout. This dimension assesses the therapist-patient agreement on the basis of measures that need to be taken for achieving treatment goals. The association between alliance and outcomes has been well documented in international studies, particularly those focusing on patient classification (Shick Tryon, Collins Blackwell, & Felleman Hammel, 2007; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Marmarosh & Kivlighan, 2012; Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013;; Zilcha-Mano et al., 2016). However, the associations between each alliance dimension and each type of termination are not clear in the literature.

The association between the task dimension and treatment dropout is one of the main findings of this study as it suggests that patients who do not understand or agree with the action mechanisms required to achieve the expected outcomes are the ones who tend to drop out of treatment. Lack of clarity or agreement relative to tasks required for achieving the expected outcomes, repetitive interventions, and failure to share information on how treatment works have been associated with lack of motivation and early dropout in several studies (Horvath et al., 2011;

Fluckiger & Kegel, 2015; Khazaie, Rezaie, Shadipour & Weaver, 2016).

Psychodynamic psychotherapy is relatively less focused on the goal and task dimensions than it is on other therapeutic modalities as it favors the bond dimension initially (Bachelor, 2013). In addition, the psychodynamic technique concentrates on a comprehensive understanding of unconscious conflicts, exploration of desires and fantasies, and assessment of past experiences (Shedler, 2012). This subjective approach may turn difficult to work with more objective aspects of the therapy process. This is an important finding of the present study. The association between lack of clarity regarding tasks and treatment dropout shows the importance of explaining to patients how treatment produces changes, what is expected of changes during sessions. Additionally, the association particularly shows the importance of explaining to patients how moments of discomfort are necessary to identify the modes of functioning and defense mechanisms (Roty & Fonagy, 2005; Locati, Rossi & Parolin, 2017).

We found that patients and therapists perceive the therapeutic alliance and treatment goals differently, but this disagreement had no influence on the quality of the therapeutic bond. Actually, instead of bonding issues between the pair, it reflects the therapists' high expectations regarding therapy itself and their professional performance. The use of different vocabularies by therapists and patients to refer to treatment goals does not prevent the pair from establishing a good dialog and achieving an agreement.

The association found between the task dimension and treatment dropout is consistent with that found in the literature, but little attention has been given to this topic. To avoid lack of motivation and early dropout, it seems important that the therapist addresses the objective aspects of treatment, e.g., the functioning of the psychodynamic therapy and the patients' expectations toward treatment. Psychotherapy training programs should focus on the task dimension, which has been proved to have a potential positive impact on treatment progression. Interventions explaining how therapy functions should be performed, and therapists should systematically encourage patients to reflect on their treatment goals (Holmqvist, Philips, & Mellor-Clark, 2016).

Current findings suggest that training programs should also address therapists' need for feedback and how to systematically monitor patients regarding their perceptions about the ways in which the treatment goals can be achieved (Barkham, Hardy, & Mellor-Clark, 2010; Castonguay,

Barkham, Lutz, & McAleavey, 2013; Bachelor, 2013). Considering the patient's perspective about their own problems, turning these perspectives into treatment goals throughout the psychotherapy process is important; however this aspect has been sometimes overlooked (Swift & Callahan, 2009). Recent studies on treatment adherence have shown that therapists should instruct patients on the logic of the therapeutic process (Swift & Greenberg, 2015; Westmacott & Hunsley, 2017). Thus, therapists should be trained to adopt a collaborative attitude at the beginning of treatment in order to explore the patients' expectations of improvement and set goals together (Rumpold et al., 2005; Hilsenroth Cromer, & Ackerman, 2012; Owen & Hilsenroth, 2014; Schöttke, Flückiger, Goldberg, Eversmann, & Lange, 2017).

This study has several strengths. First, different alliance dimensions were analyzed considering their specificities. Most studies have distinguished between these dimensions but have not discussed the clinical applicability of each one. In addition, this study used a qualitative approach to explore the agreement on treatment goals more comprehensively. Another highlight is the use of a statistical strategy (linear mixed model analysis adjusted for confounding variables) for allowing researchers to have increased confidence in their results.

This study also has some limitations. The first one is the way in which therapeutic alliance and treatment goals were measured. We also decided to use a qualitative measure to assess the treatment objectives more comprehensively. This is a strong point of our study, but different ways of performing these measurements could have influenced the agreement on goals. Second, this study was performed in only one psychotherapy center. Other institutions should be included in future studies as therapist training may interfere with both the therapeutic alliance and the establishment of treatment goals. Third, the cutoff point for alliance and goal measurement was the fourth session, which prevented the measurement of alliance fluctuation over the treatment period. Future studies should include more longitudinal cutoff points in order to evaluate the effect of treatment duration on outcomes. Finally, the sample of therapists had little clinical experience, which may have affected the results. Future studies should include therapists with different levels of clinical experience.

Future studies must be conducted to better understand divergent and convergent perspectives of patients and therapists on other variables of the therapeutic process. This knowledge

will facilitate an adjustment between the psychotherapeutic techniques and patients' needs, which will lead to increased treatment adherence and treatment progress rates (Olivera, Braun, Gómez Penedo, & Roussos, 2013).

## References

- Anderson, K. N. (2015). *Premature termination of outpatient psychotherapy: Predictors, reasons, and outcomes*.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*(5), 511-529.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 755-768.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*(2), 118-135.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu* (Vol. 69). Paris: Presses universitaires de France.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Mellor-Clark, J. (Eds.). (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. John Wiley & Sons.
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2004). Client-therapist agreement on target problems, working alliance, and counseling outcome. *Psychotherapy Research, 14*(1), 77-88.
- Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1997). Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 510.

- Castonguay, L. G., Barkham M. I., Lutz W. O., & McAleavey, A. (2013). *Practice-oriented research: Approaches and applications*. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 6), p. 85-133.
- Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R., & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 588.
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy, 49*(4), 557.
- Corning, A. F., Malofeeva, E. V., & Bucchianeri, M. M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(2), 193.
- Daniels, J., & Wearden, A. J. (2011). Socialization to the model: The active component in the therapeutic alliance? A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(2), 221-227.
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(1), 47-65.
- Dinger, U., Ehrental, J. C., Nikendei, C., and Schauenburg, H. (2017) Change in self-esteem predicts depressive symptoms at follow-up after intensive multimodal psychotherapy for major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(5), 1040-1046. doi: 10.1002/cpp.2067.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance—a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421-434.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60*(3), 317.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 69-80.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(7), 876-890.
- Gabbard, G. O. (2005). Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic. In: G. O. Gabbard, J. S. Beck, Holmes J. *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 3-13). EUA: Oxford University.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.



- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2000). Frage- bogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) [Questionnaire for the analysis of motivational schemas]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 29, 170-179.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408-419.
- Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N., Pinsker, H., Samstag, L. W., Muran, J. C., & Winston, A. (1998). A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies: outcome and alliance. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(4), 261.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(2), 100-110.
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In *Psychodynamic psychotherapy research* (pp. 361-380). Humana Press, Totowa, NJ.
- Holmqvist, R., Philips, B., & Mellor-Clark, J. (2016). Client and therapist agreement about the client's problems—Associations with treatment alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(4), 399-409.
- Holtforth, M. G., Reubi, I., Ruckstuhl, L., Berking, M., & Grawe, K. (2004). The value of treatment-goal themes for treatment planning and outcome evaluation of psychiatric inpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 80-91.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of interpersonal problems (IIP-32/IIP-64)*. London: Psychological Corporation.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 259-286.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis*.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.

- Jung, S., Nunes, M. L., & Eizirik, C. (2007). [Assessment of psychoanalytic psychotherapy outcomes]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 184-196.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(2), 143-151.
- Kegel, A. F., & Flückiger, C. (2015). Predicting psychotherapy dropouts: A multilevel approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 377-386.
- Khazaie, H., Rezaie, L., Shahdipour, N., & Weaver, P. (2016). Exploration of the reasons for dropping out of psychotherapy: A qualitative study. *Evaluation and Program Planning*, 56, 23-30.
- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.115.175059
- Kramer, U., Roten, Y. D., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. N. (2008). Patient's and therapist's views of early alliance building in dynamic psychotherapy: Patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 89.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532.
- Locati, F., Rossi, G., & Parolin, L. (2017). Interactive dynamics among therapist interventions, therapeutic alliance and metacognition in the early stages of the psychotherapeutic process. *Psychotherapy Research*, 1-11.
- Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(4), 359.
- Marmarosh, C. L., & Kivlighan Jr, D. M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352.
- Martín-Merino, E., Ruigómez, A., Wallander, M. A., Johansson, S., & García-Rodríguez, L. A. (2009). Prevalence, incidence, morbidity and treatment patterns in a cohort of patients diagnosed with anxiety in UK primary care. *Family Practice*, 27(1), 9-16.).
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50, 115-128. Retrieved from <http://isp.sagepub.com/content/50/2/115.full.pdf+html?frame=header>
- Michalak, J., & Holtforth, M. G. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical psychology: science and practice*, 13(4), 346-365.

- Michalak, J., Klappheck, M. A., & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the “why” of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychotherapy Research, 14*(2), 193-209.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists’ personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 483.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*(1), 4.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). *Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices*.
- Nordström, A., & Bodlund, O. (2008). Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*(3), 250-255.
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients’ perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy, 50*(4), 505.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61*(2), 280.
- Patterson, C. L., Uhlin, B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 55*(4), 528.
- Philips, B., Wennberg, P. & Wezbart, A. (2007). Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy, 80*, 229-245. doi: 10.1348/147608306X128266
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). What works for whom?. a critical review of psychotherapy research., edn.
- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D. S., Bertl-Schuessler, A., Janecke, N., Lampe, A., & Schuessler, G. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 117-127.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research, 27*(6), 642-652.

- Schöttke, H., Trame, L., & Sembill, A. (2014). Relevance of treatment goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 24*(6), 711-723.
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(3), 312-328.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 637-645. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021175>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98.
- Shick Tryon, G., Collins Blackwell, S., & Felleman Hammel, E. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629-642.
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). Survival analysis. *Handbook of psychology*.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry, 174*(10), 943-953.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(4), 368-381.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. American Psychological Association.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2008). The magnitude of client and therapist working alliance ratings. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 45*(4), 546.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2010). Goal Consensus and Collaboration. *Evidence-Based Therapy Relationships, 15*.
- Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. *Family Medicine, 37*(5), 360-363.
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2017). Psychologists' perspectives on therapy termination and the use of therapy engagement/retention strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(3), 687-696.
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: World Health Organization.

Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance–outcome association. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 579.

Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(6), 484.

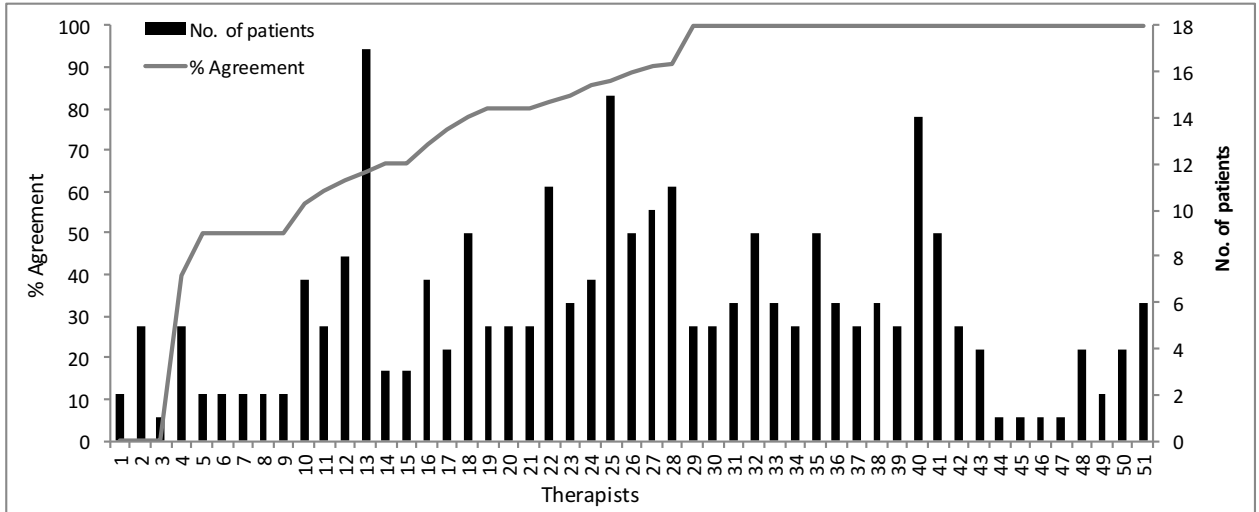


Figure 1. Therapist–patient agreement on treatment goals after controlling the therapist effect.

Table 1  
*Sociodemographic and Clinical Variables of Participants*

	N	%
<b>Patient's sex (n = 289)</b>		
Female	192	66.4
Male	97	33.6
<b>Patient's age (years)</b>	32.6 ± 10.3 <sup>a</sup>	
<b>Patient's level of education</b>		
With higher education	223	77.4
Without higher education	66	22.6
<b>Diagnostic hypothesis at screening</b>		
F40–48	116	40
F30–39	115	40
F60–69	28	10
F10–19	15	5
F50–59	15	5
<b>Patient's marital status</b>		
Single	181	63
Married	62	21.6
Divorced	27	9.4
Living in common-law marriage	13	4.5
Widowed	4	1.4
Not available	-	
<b>Therapist's sex (n = 51)</b>		
Female	45	87
Male	6	13
<b>Therapist's age (years)</b>	34.5 ± 9.8 <sup>a</sup>	
<b>Time of psychotherapy practice</b>		
More than 5 years	20	38.4
Between 3 and 5 years	9	17.3
Between 2 and 3 years	8	15.4
Between 1 and 2 years	14	30

<sup>a</sup>mean ± standard deviation

Table 2

*Matrix of Treatment Goals Analysis*

Category	Definition	Examples of expressions	Category frequency
1 Personal development	The patient seeks personal improvement and has no significant symptoms	“Self-knowledge,” “balance,” “quality of life,” and “to discover my potential”	Patient: 53% Therapist: 32.5%
2 Anxiety and mood problems	The patient mentions signs and symptoms of anxiety and/or mood problems	“To overcome fear,” “to reduce irritability,” “to stop crying,” “to relieve anxiety,” and “depression”	Patient: 26% Therapist: 31.3%
3 Mourning	The patient is mourning a major loss	“To deal with my husband’s death” and “to manage changes and losses”	Patient: 1.7% Therapist: 1.8%
4 Relationship problems	The patient is experiencing interpersonal relationship problems	“Marital conflicts,” “relationship problems with my son/daughter,” “divorce,” and “to improve my emotional life”	Patient: 12.5% Therapist: 24.3%
5 Physical/somatic symptoms	The patient presents physical complaints and psychosomatic diseases	“To help in the process of bariatric surgery,” “to stop somatization,” and “to understand my physical symptoms”	Patient: 1% Therapist: 2.2%



6 Self-control issues	The patient shows problems related to impulsivity and action	“To control my attitudes,” “to beat my gambling addiction,” “drug abuse,” “self-control,” and “excessive jealousy”	Patient: 1.7% Therapist: 4%
7 Space for reflection	The patient refers to therapy itself and the relationship with the therapist	“To get it off my chest,” “to receive advice,” “to have a space to discuss my worries,” “professional help,” and “to start treatment”	Patient: 2.1% Therapist: 1.4%
8 Study/work	The patient is concerned with studies, work, and professional career	“To work with more quality and less suffering,” “to achieve professional goals,” “to evaluate my career choice,” and “to manage to focus on studies”	Patient: 2.1% Therapist: 2.5%

Table 3  
*Measurement of Agreement on Treatment Goals Per Category*

	Patient's goals	Therapist's goals	Therapist-patient agreement
	Inter-rater agreement n (%)	Inter-rater agreement n (%)	on treatment goals n (%)
Personal development	147 (51)	76 (27.9)	76 (28)
Anxiety and mood problems	64 (22.2)	74 (27.2)	50 (18.5)
Mourning	5 (1.7)	5 (1.8)	3 (1.1)
Relationship problems	34 (11.8)	60 (22.1)	31 (11.4)
Physical/somatic symptoms	3 (1)	5 (1.8)	2 (0.7)
Self-control issues	4 (1.4)	10 (3.7)	4 (1.5)
Space for reflection	3 (1)	3 (1.1)	1 (0.4)
Studies and work	6 (2.1)	7 (2.6)	1 (0.4)
Total	288 (100)	272 (100)	271 (100)
% total agreement	92.36	88.24	61.99
kappa	0.880 (SE = 0.024)	0.842 (SE = 0.026)	0.469 (SE = 0.039)

Table 4  
*Therapeutic Alliance Between Patients and Therapists After Four Sessions*

	Patient	Therapist	Difference
	mean [95% CI]	mean [95% CI]	mean [95% CI]
Task	5.81 [5.69; 5.93]	5.57 [5.48; 5.65]	0.25 [0.10; 0.39]
Bond	5.81 [5.70; 5.91]	5.72 [5.64; 5.80]	0.08 [-0.04; 0.21]
Goal	5.56 [5.44; 5.68]	5.26 [5.16; 5.35]	0.31 [0.16; 0.45]
Total	5.73 [5.62; 5.83]	5.51 [5.43; 5.59]	0.21 [0.08; 0.34]

Comparison of the means performed by linear model analyses

Table 5

*Therapeutic Alliance and Type of Treatment Termination*

		Simple model		Adjusted model <sup>a</sup>	
		Mean [95% CI]	P	Mean [95% CI]	P
WAI-T - Task	Dropout	5.57 [5.46; 5.68]	0.138	5.53 [5.41; 5.66]	0.205
	Discharge	5.25 [4.92; 5.58]		5.27 [4.93; 5.61]	
	Under treatment	5.62 [5.47; 5.77]		5.60 [5.45; 5.76]	
	Variance	0.161		0.160	
WAI-T - Bond	Dropout	5.72 [5.62; 5.82]	0.375	5.65 [5.54; 5.76]	0.408
	Discharge	5.53 [5.23; 5.83]		5.50 [5.20; 5.81]	
	Under treatment	5.76 [5.63; 5.90]		5.72 [5.58; 5.86]	
	Variance	0.134		0.131	
WAI-T - Goals	Dropout	5.24a [5.12; 5.37]	<b>0.048</b>	5.19 [5.05; 5.32]	0.052
	Discharge	4.86ab [4.49; 5.23]		4.82 [4.44; 5.20]	
	Under treatment	5.36b [5.20; 5.52]		5.31 [5.14; 5.48]	
	Variance	0.198		0.197	
WAI-T - Total score	Dropout	5.51 [5.41; 5.61]	0.103	5.46 [5.34; 5.57]	0.126
	Discharge	5.21 [4.90; 5.52]		5.20 [4.88; 5.52]	
	Under treatment	5.58 [5.44; 5.72]		5.54 [5.40; 5.69]	
	Variance	0.140		0.138	
WAI-C - Task	Dropout	5.67a [5.51; 5.82]	<b>0.024</b>	5.65a [5.47; 5.83]	<b>0.046</b>
	Discharge	6.06ab [5.61; 6.51]		5.99ab [5.53; 6.44]	
	Under treatment	5.99b [5.79; 6.19]		5.96b [5.74; 6.17]	
	Variance	0.256		0.255	
WAI-C - Bond	Dropout	5.43a [5.28; 5.59]	<b>0.034</b>	5.39 [5.21; 5.56]	0.059
	Discharge	5.87ab [5.43; 6.32]		5.77 [5.32; 6.22]	
	Under treatment	5.71b [5.52; 5.91]		5.65 [5.44; 5.86]	
	Variance	0.252		0.250	
WAI-C - Goals	Dropout	5.75 [5.61; 5.88]	0.176	5.67 [5.52; 5.82]	0.136
	Discharge	5.67 [5.30; 6.05]		5.55 [5.18; 5.93]	
	Ongoing treatment	5.93 [5.77; 6.10]		5.86 [5.68; 6.03]	
	Variance	0.181		0.175	
WAI-C - Total score	Dropout	5.61 [5.48; 5.75]	0.050	5.57 [5.41; 5.73]	0.074
	Discharge	5.87 [5.48; 6.26]		5.77 [5.37; 6.17]	
	Under treatment	5.88 [5.71; 6.05]		5.82 [5.64; 6.00]	
	Variance	0.194		0.193	

<sup>a</sup>Adjusted for patient's sex, diagnostic hypothesis and therapist's age and time of practice

<sup>b</sup>Linear mixed model

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese avaliou a adequação de diferentes estratégias metodológicas nas medidas de processo e resultado da psicoterapia psicanalítica em ambiente naturalístico. Os resultados dessa investigação trouxeram dados relevantes para os clínicos e pesquisadores da área de psicoterapia, que podem aprimorar as estratégias de pesquisa e fornecer dados para aprimoramento do ensino nas formações.

No artigo 1, sobre o tempo apropriado para medir fatores de processo e resultado, concluímos que o tempo de 12 sessões mostrou-se adequado para avaliar medidas de resultado, como o progresso inicial do tratamento, representado pela melhora dos sintomas, relações interpessoais e profissionais. Além disso, sugerimos que 12 sessões também pode ser o tempo apropriado para avaliar todas as dimensões da aliança terapêutica, já que, quatro sessões parecem insuficientes para medir a aliança em sua totalidade. Esses resultados possibilitam discutirmos os estágios de mudança em psicoterapia. Sugerimos que na fase inicial (12 sessões) o foco do tratamento seja os sintomas mais críticos e que se trabalhe no desenvolvimento de todas as dimensões da aliança terapêutica. Propomos também futuros estudos que investiguem que mudanças ocorrem nos estágios intermediário e avançado e também o tempo adequado para os avaliar.

No artigo 2, que aborda as perdas amostrais, identificamos dois grupos: os pacientes que abandonam o tratamento precocemente e o grupo que segue o tratamento, mas não adere às pesquisas. No grupo de abandono, foram encontradas características clínicas ainda pouco abordadas na literatura, tais como maior utilização de mecanismos de defesa imaturos, como a agressão passiva. O grupo de pacientes que não participou das pesquisas também utiliza mais mecanismos de defesa imaturos, como a agressão passiva e a negação, e ainda apresenta sintomas de hostilidade ainda mais severos. Considerando que essas características foram avaliadas no

pré-tratamento, sugerimos que os aspectos agressivos e a negação sejam considerados no momento da avaliação da indicação de psicoterapia, e que sejam trabalhados junto ao paciente também no período inicial do tratamento. Em termos de pesquisa, propomos adotar momentos individuais com os pacientes para explicar o funcionamento da avaliação, esclarecer dúvidas e permitir um espaço de diálogo, para que isso não apareça sob a forma de recusa em participar.

O artigo 3 investigou a aplicação do conceito de *follow up* nos estudos de psicoterapia. Encontramos também que o *follow up* é uma ferramenta importante para mensurar a efetividade dos tratamentos, verificando a manutenção da melhora. A diminuição de sintomas foi a medida de desfecho mais utilizada para medir os resultados; porém, a maioria dos estudos acrescentou outras medidas, como: funcionamento interpessoal, defesas, relações objetais, entre outros. Além disso, constatamos que as psicoterapias em suas diferentes modalidades têm efeitos positivos, e seus resultados tendem a persistir ao longo do tempo. As psicoterapias psicodinâmicas de longo prazo e a psicanálise tendem a apresentar resultados mais duradouros no período pós-alta, na comparação com modelos psicoterápicos de curta duração. Assim, testar a efetividade das intervenções psicodinâmicas no período após a alta continua sendo um importante e necessário desafio para o desenvolvimento teórico e clínico da área e, por isso, é necessário aprimorar e viabilizar os estudos de *follow up*.

O artigo 4 analisa a relação de alguns fatores de processo referentes à dupla paciente e terapeuta (aliança e objetivos de tratamento) e o desfecho do tratamento. Concluímos que a concordância entre pacientes e terapeutas sobre os objetivos do tratamento foi moderada e não influenciou o tipo de término de tratamento. A colaboração produtiva da dupla paciente-terapeuta parece estar baseada em outros fatores além dos objetivos de tratamento. Discordância inicial ou concordância moderada não impede o terapeuta de apreender o desejo do paciente por melhora e convertê-lo em demanda de trabalho.

Especificamente sobre a aliança terapêutica, o presente estudo demonstrou que pacientes e terapeutas percebem esse construto de forma diferente. Os pacientes avaliaram a aliança melhor do que os terapeutas nas dimensões objetivo, tarefa e no escore total. Além disso, contrariando a hipótese de que a dimensão de objetivos estaria relacionada ao término de tratamento, a dimensão que esteve relacionada ao abandono precoce foi a tarefa, que envolve o acordo entre a dupla do que deve ser feito para atingir os objetivos do tratamento. Esse resultado indica a necessidade de contemplar o estudo das especificidades da aliança nos programas de especialização em psicoterapia, já que são constructos com certa independência que avaliam elementos distintos da aliança. A aliança costuma ser abordada de maneira genérica, não habilitando os terapeutas a trabalharem com cada uma de suas dimensões. O paciente compreender o funcionamento do processo de psicoterapia e o método de trabalho para alcançar seus objetivos parece ter papel relevante na aderência ao tratamento.

Esses achados nos permitem implementar estratégias que possibilitem o desenvolvimento da pesquisa no campo naturalístico e o treinamento dos psicoterapeutas, a fim de alcançar maior consistência técnica, diminuindo as taxas de abandono e propiciando maior progresso terapêutico. Embora existam obstáculos importantes no campo da pesquisa e da clínica, nesta tese propomos algumas diretrizes tanto do tempo adequado de avaliação da melhora inicial e aliança terapêutica (três meses), como na forma de medir (*follow up*) e de aderir os pacientes ao tratamento e às pesquisas. Ademais, o refinamento do método de pesquisa no ambiente naturalístico propicia ainda maior qualidade dos resultados encontrados e maior integração com os clínicos, aos quais muitos resultados se destinam.

Algumas das limitações do estudo devem ser mencionadas. Embora este estudo tenha contado com uma grande amostra de pacientes, os dados foram coletados em um único ambulatório, com características singulares, limitando a generalização destes achados.

Os terapeutas participantes não apresentavam diferença significativa no tempo de formação. Outras características específicas, além da experiência e do treinamento, não foram avaliadas. As avaliações de processo (aliança e concordância de objetivos) não foram repetidas em 12 e 24 sessões de tratamento. Pesquisas adicionais com medidas repetidas de processo são necessárias para explorar se as mudanças na aliança e no acordo de objetivos ocorrem nesses intervalos. Ainda, as medidas de resultado (progresso terapêutico e sintomas) foram realizadas durante os primeiros seis meses de psicoterapia. Estudos com maior tempo de seguimento dos pacientes também são indispensáveis para monitorar o processo de melhora após este período inicial.

A partir de investigações no campo naturalístico como esta, almejamos que este estudo tenha trazido contribuições importantes. A replicação desta pesquisa em outros centros de formação de psicoterapia poderá contribuir para maior generalização desses resultados; também novas pesquisas que se direcionem a testar e validar as estratégias propostas tanto de treinamento dos terapeutas como de aderência à pesquisa. Dessa forma, integrando as estratégias metodológicas e a prática psicoterápica, esperamos colaborar na elaboração de diretrizes para o manejo técnico com os pacientes. Assim, podemos almejar melhores benefícios terapêuticos aos pacientes, e maior refinamento metodológico nas pesquisas, impulsionando o surgimento de novos desafios.



## REFERÊNCIAS

1. Luyten P, Blatt S, Mayes L. Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy research: the need for a (relatively) new paradigm. In: RA Levy; JS Ablon, H Kache-Le (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, 2012. p. 145-160.
2. Villegas, OL. Investigación en psicoterapia. *Revista de Psicología del Peru*, 9(2), 1991.p. 163-190.
3. Deakin, E & Nunes, MI. Efetividade e Eficácia na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças. In: M.N, STREY; D.C; TATIM (orgs), *Sobre Et's e dinossauros: Construindo ensaios temáticos*. Passo Fundo, UPF Editora, 2008 p. 75-98.
4. Jung SI, Nunes MLT & Eizirik CL. Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul maio/ago. 2007;29(2):184-196*.
5. Pheula GF & Isolan LR. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Rev Psiquiatr Clín. (São Paulo) 2007;34(2):74-83*.
6. Eysenck H J. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 16:319-24, 1952. [Inst. Psychiatry, Maudsley Hosp., Univ. London, London, England] 7.
7. Goldfried MR & Wolfe BE. Psychotherapy practice and research: repairing a strained relationship. *Am Psychol* 1996;51(10):1007.
8. Wallerstein RS. The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: an overview. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):195.
9. Brum EHMD, Frizzo GB, Gomes AG, Silva MDR, Schwenberger DDDS & Piccinini CA. Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2012;29(2): 259-269.
10. Carroll L (1865). *As aventuras de Alice no País das Maravilhas*. Lisboa: Relógio d'Água, 2009.
11. Luborsky L, Singer B & Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry* 1975;32(8):995-1008.
12. Shedler, J. The efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. In: RA Levy, JS Ablon, H Kachele (ed), *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Humana Press, 2012. p. 27-50.
13. Gabbard GO. *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. 3<sup>rd</sup>. Arlington, VA: American Psychiatric Pub, 2017. p. 240
14. Lambert MJ, Kleinstäuber M. When people change, and its relation to specific techniques and common factors. *Verhaltenstherapie*. 2016;26(1):32-9.

15. Norcross JC. Empirically supported therapy relationships. In: JC Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. London: Oxford University Press, 2002. p. 3-16.
16. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50(2):115-128. <https://doi.org/10.1177/0020764004040959>
17. Patterson CL, Uhlin B & Anderson T. Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *J. couns. psychol* 2008;55(4):528.
18. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C & Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. In: J Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* 2nd ed., Oxford: Oxford University Press, 2011. p.25-69.
19. Luborsky L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In AO Horvath & LS Greenberg (Orgs.), *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley, 1994. p.38-50.
20. Meissner WW. Therapeutic alliance: theme and variations. *Psychoanal Psych* 2007;24(2):231-254.
21. Tryon GS & Winograd G. Goal consensus and collaboration. In JC Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2010.
22. Schöttke H, Trame L & Sembill A. Relevance of therapy goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res* 2014;24(6):711-723.
23. Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. Empathy. *Psychotherapy (Chic)*. 2011;48(1):43–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0022187>
24. Crits-Christoph P, Beth M, Gibbons C, Temes CM, Elkin I, Gallop R. Interpersonal accuracy of interventions and the outcome of cognitive and interpersonal therapies for depression. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(3):420–8.
25. Johansson P, Høglend P, Ulberg R, Marble A. The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(3):438–48.
26. Leichsenring F, Klein, S & Salzer S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis* 2014;50(1-2):89-130.
27. De Maat S, De Jongue F, De Kraker R, Leichsenring F, Abbass A, Luyten P et al. The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harv Rev Psychiatry* 2013;21(3):107-137.
28. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychol* 2010;65(2):98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
29. Wallerstein RS (1996). Outcomes of Psychoanalysis and Psychotherapy at Termination and at Follow-Up. In, *Textbook of Psychoanalysis*. (Edward Nersessian and Richard G. Kopff Jr., eds.). Washington DC and London: American Psychiatric Press, 1996. p. 531-573.

30. Green A. What kind of research for psychoanalysis? *The Newsletter of the International Psychoanalytical Association*, 1996; 5(1):10-14
31. Eizirik CL. Pesquisa em psicanálise: possibilidades, alcances e limitações. *Jornal de Estudos Psicológicos* 2000;28(2):297-311.
32. Gabbard GO. Introduction. In: Levy RA, Ablon JS. *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. New York: Humana Press, 2009. p.xxv-xxxiii.
33. Kazdin AE. Assessment and evaluation in clinical practice. In: D Goodheart, AE Kazdin & RJ Sternberg (Eds.). *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet*. Washington: American Psychological Association, 2006. p. 153-177.
34. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Int J Psychoanal*. 1999 Dec;80(Pt 6):1075-91.
35. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Guanabara: Koojan, 1995.
36. Roth A, Fonagy P. *What works for whom: a critical review of psychotherapy research*. 2<sup>nd</sup> Ed., London: The Guildford Press, 2005. p. 661.
37. Wampold BE & Imel ZE. *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Routledge, 2015. p.323.
38. Hilsenroth MJ, Cromer TD & Ackerman SJ. How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In: *Psychodynamic psychotherapy research*. Totowa, NJ:Humana Press, 2012. P.361-380.
39. Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research* 2009;19(4-5):418-428.
40. Grande T, Wolfram K, Rudolf G. What happens after treatment: can structural change be a predictor of long-term outcome? In: RA Levy, JS Ablon, H Kachele (ed), *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Humana Press, 2012. p. 169-183.
41. Berghout CC, Zevalkink J. Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment. *Bull. Menn Clin* 2009;73(1):7-33. <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.1.7>
42. Swift JK & Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 2012;80(4):547.
43. Hans E & Hiller W. Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(1):75.
44. Kegel AF & Flückiger C. Predicting psychotherapy dropouts: a multilevel approach. *Clin Psychol Psychother* 2015;22(5):377-386.
45. Groves RM. Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opin Quart* 2006;70(5):646-675.

46. Behaghel L & Blau DM. Framing social security reform: Behavioral responses to changes in the full retirement age. *AEJ: Economic Policy* 2012;4(4):41-67.
47. Cheung KL, Peter M, Smit C, de Vries H & Pieterse ME. The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: a comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. *BMC public health* 2017;17(1):276.
48. Westen D & Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):875.
49. Kuutmann K, Hilsenroth MJ. Exploring in-session focus on the patient-therapist relationship: patient characteristics, process and outcome. *Clin Psychol Psychother* 2012;19(3):187-202. <https://doi.org/10.1002/cpp.743>
50. Vermote R, Lowyck B, Luyten P, Ver-Haest Y, Vertommen H, Vendeneede B et al. Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clin Psychol Psychother* 2011;18(4):303-313. <https://doi.org/10.1002/cpp.713>
51. Wallerstein RS. Outcome research. In: GO Gabbard, ES Person, AM Cooper (eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 301-315.
52. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, et al. 2009. Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychother Res* 2009;19(3):344-357. <https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
53. Grawe K. Research-informed psychotherapy. *Psychother Res* 1997;7(1):1-19.
54. Grawe K. *Psychological therapy*. Seattle: Hogrefe Publishing. 2004.
55. Grawe, K. *Neuropsychotherapy. How neurosciences inform effective psychotherapy*. New York: Psychology Press; 2007. p. 476.
56. Grosse Holtforth M & Flückiger C. The stream of corrective experiences in action: big bang and constant dripping. In: LG Castonguay & CE Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2012. p.317-333
57. Smith EC & Grawe K. What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clin. Psychol. Psychother* 2003;10(5):275-285.
58. Orlinsky DE, Ronnestad MH & Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 2004. p. 307–391.

59. Smith EC & Grawe K. Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clin. Psychol. Psychother* 2005;12(2):112-123.
60. Gassmann D & Grawe K. General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clin Psychol Psychother* 2006;13(1):1-11.
61. Flückiger C, Caspar F, Holtforth MG & Willutzki U. Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychother Res* 2009;19(2):213-223.
62. Kegel AF & Flückiger C. Predicting psychotherapy dropouts: A multilevel approach. *Clin Psychol Psychother*. 2015 Sep-Oct;22(5):377-86.
63. Goldfried M. Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychother Res*. 2000;10:1-16.
64. Werbart A & Forsström D. "Changes in anaclitic-introjective personality dimensions, outcomes and psychoanalytic technique: a multi-case study." *Psychoanal Psychother* 2014;28(4):397-410.
65. Werbart A, Andersson H, Sandell R. Dropout revisited: Patient and therapist initiated discontinuation of psychotherapy as a function. *Psychother Res*. 2014;24:724-37.
66. Norcross JC & Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):98-102.
67. Smith-Hansen L, Levy RA, Seybert C, Erhardt I, Ablon AS. The contributions of the psychotherapy process Q-Set to psychotherapy research. In: RA Levy, JS Ablon, H Kachele (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York:Humana Press, 2012. p. 381-400.
68. Corning AF, Malofeeva EV & Bucchianeri MM. Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychother Theor Res Pract Train* 2007;44(2):193-204.
69. Bachelor A. Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clin. psychol. psychother*. 2013;20(2), 118-135.
70. Anderson KN. "Premature Termination of Outpatient Psychotherapy: Predictors, Reasons, and Outcomes". Theses, Dissertations, and Student Research: Department of Psychology. 2015. 74. Disponível em: <http://digitalcommons.unl.edu/psychdiss/74> . Acesso em: 21/04/2018.
71. Lambert MJ & Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychother Theor Res Pract Train* 2001;38(4):357-361.

**ANEXOS**

**ANEXO 1 - Projeto de pesquisa**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
FACULDADE DE MEDICINA  
CIENCIAS MEDICAS: PSIQUIATRIA

PROJETO DE DOUTORADO

**TERMINO E PROGRESSO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA  
PSICANALÍTICA**

Autora: Camila Piva da Costa

Orientador: Dr. Claudio Eizirik

Co-orientadora: Dra. Maria Lucia Tiellet Nunes

Porto Alegre, Dezembro de 2014

**Sumário:**

Introdução .....	03
Objetivos Gerais.....	09
Objetivos Específicos.....	09
Método.....	08
Delineamento .....	08
Local .....	10
Procedimentos de coleta.....	10
Participantes.....	11
Critérios de Inclusão .....	12
Critérios de Exclusão .....	12
Instrumentos.....	11
Fluxograma .....	14
Análise dos dados .....	15
Aspectos éticos.....	16
Forma de divulgação dos resultados .....	18
Cronograma.....	18
Orçamento.....	19
Referências.....	20
Anexos.....	23

## **Introdução:**

O término dos tratamentos psicanalíticos é uma questão frequentemente discutida pelos psicoterapeutas, mas ainda pouco estudado em pesquisas científicas. Um dado intrigante tem preocupado terapeutas e pesquisadores ao redor do mundo, a saber, o alto número de abandono de tratamentos em torno de 50% dos pacientes que buscam psicoterapia (Barret, Chua, Crists-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; Swift, Callahan, & Levine, 2009; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Isso significa que metade das pessoas que procuram auxílio para seus problemas emocionais, deixam seus tratamentos antes de terem alcançado os objetivos terapêuticos esperados.

A psicanálise como uma disciplina / técnica secular tem diversos autores e variados estudos sobre o tema da cura e objetivos para a psicoterapia psicanalítica (Freud, 1937/1975; Klein, 1950/1991; Winnicott, 1962/1983; Kohut, 1989; Bion, 2004). Estes conceitos e, mais especificamente, o momento no qual um paciente pode receber alta de seu tratamento têm sido discutidos desde os seus primórdios.

Pesquisas comparando as percepções de terapeutas e pacientes com relação aos motivos dos pacientes para terem abandonado seus tratamentos mostram que os terapeutas têm dificuldades em perceber a insatisfação de seus pacientes como motivo para o abandono (Nichols, & Pekarik, 1992; Hunsley, Aubry, & Verstervelt, 1999; Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010). Ou seja, acontece com alguma frequência de o terapeuta não conseguir captar o real motivo pelo qual seu paciente abandonou o tratamento. Entretanto, devemos confirmar: as possibilidades são inúmeras. O paciente pode se imaginar alcançando seus objetivos e decidir finalizar o serviço; pode estar satisfeito com alguns resultados obtidos, mas não deseja arcar com mais tempo e dinheiro para outras metas que não são criadas em sua experiência de vida, e sim, pela análise, mesmo que cuidadosa, de seu terapeuta. A mesma pesquisa citada acima também indica que os terapeutas geralmente ficam menos satisfeitos que seus pacientes, o que poderia indicar falhas no treinamento dos psicólogos ou mesmo questões de análise didática.

Assim, a dificuldade para dar alta a um paciente se confundiria com o abandono do paciente. Parece que o término de um tratamento, seja ele por fatores positivos (alta, objetivos alcançados, melhora de sintomas) ou negativos (pacientes insatisfeitos e que não obtiveram a melhora esperada) é um acontecimento ainda pouco compreendido tanto para pesquisadores quanto para psicoterapeutas.



Tendo em vista que a parcela que encerra o processo prematuramente é igual à que o leva até o fim, se fazem necessários estudos cada vez mais complexos e profundos para tentar criar formas eficazes de deter este fenômeno. Sabemos que o psicoterapeuta é o sujeito que possui o conhecimento técnico necessário para fornecer um diagnóstico e prescrever um tratamento para tal enfermidade. Suas percepções são de validade inquestionável. Por outro lado, é o paciente ou sua família quem procura o tratamento, paga por ele e dispensa tempo e investimento no processo. Além disso, é ele também quem sofre com os sintomas e / ou limitações emocionais e, mais importante ainda, quem abandona este mesmo tratamento buscado. Portanto, suas percepções parecem ser de extrema valia para que os estudos sobre psicoterapia possam oferecer uma imagem mais completa do fenômeno em questão.

É sabido que o instante em que se encerra uma avaliação para psicoterapia e o contrato terapêutico é firmado é crucial para o desenvolvimento da possibilidade da análise de transferência (Freud, 1912/1975), ferramenta esta que é elementar para as psicoterapias ditas psicanalíticas, palco no qual as intervenções e interpretações ocorrem. Neste momento, a dupla terapêutica deve acertar objetivos para o tratamento; fantasias de adoecimento e de cura devem se tornar ideias de motivos para o adoecimento e expectativas reais de cura. Um contrato inadequado ou pouco desenvolvido pode estar por trás das altas taxas de abandono, uma vez que todos que contratam um serviço têm a expectativa de, no mínimo, receber algo de seu interesse em retorno.

Já se sabe que a falta de acordo quanto às expectativas dos pacientes para a psicoterapia e o tratamento proposto pelo terapeuta podem aumentar os riscos para um abandono precoce (Horenstein & Houston, 1976). Assim, é possível inferir que trabalhar para alcançar objetivos comuns através de um acerto entre pedido de ajuda e demanda para tratamento, bem como a concordância para a duração do tratamento e seus objetivos podem ajudar a prevenir o fracasso da psicoterapia. Outros estudos sobre concordâncias e divergências de opiniões entre a dupla terapêutica mostram dados interessantes. Hunsley et al. (1999) conseguiram demonstrar que terapeutas e pacientes atribuem significados diferentes para os fracassos da psicoterapia. Pekarik & Finney-Owen (1987) verificaram que terapeutas e pacientes concordam quanto ao motivo para o término quando as razões alegadas por ambas as partes são positivas, como alcançar os objetivos para o tratamento; porém, discordam quando admitem que a psicoterapia fracassou. Em 1986, Tracey publicou estudo em que afirmava que problemas no acordo de objetivos entre terapeuta e paciente para as tarefas terapêuticas podem se associar com abandono precoce.

No mesmo artigo de Hunsley et al. (1999), os autores comentam que se os terapeutas têm dificuldade para saber ao certo porque seus pacientes abandonam o tratamento de forma prematura, como eles irão poder identificar estes sujeitos e trabalhar estes riscos para que o fracasso possa ser evitado? Já se sabe que quando o processo terapêutico é encerrado através de um consenso entre terapeuta e paciente, os pacientes ficam menos vulneráveis aos estressores que os mandaram para psicoterapia e seus terapeutas lhe indicam um AGF (Avaliação Global de Funcionamento – DSM-IV) maior no curso do tratamento do que aqueles que interrompem de forma unilateral (Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010). Em cima destes dados é possível inferir que quando a dupla terapêutica concorda a respeito do fim do processo, é porque o tratamento foi sentido por ambos como tendo resultados positivos para a vida de quem os buscou.

Neste mesmo estudo, os pesquisadores encontraram no grupo de pacientes que terminaram seus tratamentos sem a concordância dos seus terapeutas os seguintes resultados: maior número de discordância com relação à percepção dos fatores para término, fatores como não estar satisfeito com a terapia ou com o terapeuta como as razões mais influentes para sua decisão de abandono, barreiras ambientais para realizar o trabalho eram percebidas como mais influentes, e que estes mesmos pacientes se achavam menos vulneráveis aos seus sintomas após a terapia, enquanto seus terapeutas não apontavam mudanças em seu funcionamento. Mais uma vez, é possível imaginar que nos casos de discordância entre a dupla para o fim da psicoterapia ou de abandono, os terapeutas acabam cada vez mais distantes das vivências de seus pacientes. Não reconhecem a insatisfação dos pacientes por um lado, nem a percepção de melhora por outro. Não sabem dos fatores positivos que poderiam amenizar os negativos. Por isso, parece importante comparar as expectativas de ambos tanto para quais objetivos devem ser buscados ao longo do processo quanto a forma como o trabalho será realizado e o seu tempo de duração.

Para justificar a importância de se considerar a opinião dos pacientes para o bom andamento do processo terapêutico em psicanálise, é possível citar muitos autores importantes que fundamentam este ponto de vista.

Freud (1937/1975) dizia que uma conquista considerada marcante para o sucesso do tratamento acontece quando o **próprio** paciente é capaz de se apropriar de sua melhora, vencendo as resistências que a doença revela quando está prestes a ser dominada e vencida. O objetivo da cura para o autor era fazer com que o sujeito tivesse direito de **participar** da vida.

Bion, considerava como objetivo de um tratamento a obtenção de crescimento mental, o qual não deve ser confundido com o conceito de cura, que estamos acostumados a utilizar nas outras áreas da saúde (Zimerman, 2004). Noção esta que talvez esteja nas mentes de muitos

sujeitos que procuram por alívio através da psicoterapia. O autor postulava que a saúde mental era algo que estava se construindo ao longo de toda a nossa vida e que dependia de uma enormidade de fatores. Dessa forma, sua proposta para um tratamento não se baseava em diminuir sintomas e angústias, mas na oportunidade criada pela **dupla paciente-terapeuta** de promover espaços mentais com cada vez mais verdade, criatividade e complexidade. Uma vez que este acordo é fundamental para se obter sucesso no tratamento, o trabalho inicial do psicoterapeuta é de preparar seu paciente para a tarefa, ou seja, um acordo.

Winnicott (1983) recomendava extrema atenção às necessidades e objetivos dos pacientes para seus tratamentos: “Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo, de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho manobrando no sentido de uma análise padrão” (Winnicott, 1983, p.152).

Evidencia-se, portanto, a importância da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica e a necessidade de ampliar os estudos nessa linha. A literatura mostra escassez de pesquisa de resultados em tratamento que não os comportamentais, atribuindo a essa questão as peculiaridades das abordagens teóricas dos tratamentos psicoterápicos e ao fato de as pesquisas se adequarem as demandas dos planos de saúde de forma a receber o reembolso dos custos do tratamento, e não da necessidade de aprimoramento teórico-clínico (Deakin e Nunes, 2008). A literatura mostra escassez de estudos de Psicoterapia e Resultados na América Latina e no Brasil, além disso não foram encontrados pesquisas de follow up em psicoterapia psicanalítica no Brasil (Campezatto et al, 2013).

A criação dos conceitos de terceiro analítico por Ogden (1996) e de campo analítico dos Baranger (1969) revela uma psicanálise que busca a intersubjetividade. A dupla terapeuta-paciente não é mais a soma de duas pessoas ou de duas visões de mundo e tratamento, mas algo novo que se cria nesta união. Assim, para obter maior fidedignidade no exame deste sério problema em psicoterapia – o abandono – em primeiro lugar, não se pode considerar a opinião isolada do terapeuta, mesmo que ele seja o *expert*. Em segundo, não se pode apenas somar dados vindos dos dois lados da dupla, mas compará-los e entendê-los como um fenômeno complexo que pode ter a função de apresentar um quadro revelador dos acontecimentos que levam cada vez mais pessoas a estarem sem o tratamento necessário para suas patologias.

Outro fenômeno da psicoterapia psicanalítica importante nesse contexto da dupla paciente-terapeuta é a Aliança Terapêutica. Vários estudos tem demonstrado que a aliança terapêutica é o preditor mais sólido de resultados das psicoterapias independente da orientação teórica (Horvath & Symonds, 1991; Gaston, et al, 1998; Hellerstein, et al, 1998; Norcross, 2002; McCabe & Priede, 2006). A aliança terapêutica tem sido muito estudada e mostra relevância

clínica notória já que trata do funcionamento da dupla e possíveis dificuldades que possam estar existindo nessa relação em diferentes dimensões (objetivos, tarefa e vínculo). Por isso, se faz necessária também uma investigação da relação entre Aliança Terapêutica na visão do paciente e do terapeuta com os objetivos do tratamento, o tipo de término e os motivos que levaram ao término.

Fica claro que é extremamente útil para os estudos de psicoterapia psicanalítica a discussão em torno dos critérios de alta e se é relevante para a efetividade da psicoterapia a percepção do sujeito que se submete ao atendimento. A psicanálise e seus principais teóricos contam com diversos conceitos de saúde mental e objetivos terapêuticos: para uns trata-se de tornar consciente o inconsciente; para outros, inveja em gratidão; ou ainda, transformar o narcisismo em criatividade, humor e aceitação da transitoriedade; mais além, adquirir uma função psicanalítica da personalidade. Enfim, existem suficientes critérios advindos dos estudos psicanalíticos. Agora, parece necessário e razoável tentar aliançar estes quesitos com as intenções daqueles sujeitos sem os quais estas disciplinas não existiriam – os pacientes de psicoterapia.

Levando todos estes dados em consideração, o projeto se justifica ao tentar oferecer uma busca de evidências sobre os resultados da psicoterapia psicanalítica quando os pacientes terminam seus tratamentos, quando têm alta e quando desistem de sua busca original por saúde mental. Ressalta-se o ineditismo dessa proposta na área de investigação de processos-resultados em psicoterapia psicanalítica no Brasil.

Busca-se também, investigar como os psicoterapeutas podem trabalhar para tentar evitar que seus pacientes interrompam seus tratamentos até alcançarem a melhora esperada. Em função do número de abandonos de tratamento apresentado anteriormente, estudos são necessários quando se tem a intenção de aperfeiçoar os serviços oferecidos. Seria objetivo desta investigação poder contribuir com ideias baseadas em evidência que pudessem sugerir a diminuição deste percentual e analisar em profundidade aspectos relacionados ao fim do tratamento na Psicoterapia Psicanalítica.

Considerando a relevância desse tema e a ausência de estudos de *follow up* em psicoterapia no Brasil, o objetivo deste estudo é verificar se terapeutas percebem quais são as principais razões de seus pacientes para iniciarem a psicoterapia, verificando se há concordância/discordância entre a dupla em relação a este tópico. Também pretende-se comparar se terapeutas e pacientes, uma vez encerrada a psicoterapia, concordam em relação ao tipo de término (abandono ou alta) e em relação aos motivos do paciente para tal interrupção. Além disso, gostaríamos de verificar se existe relação entre concordância/discordância em

relação ao término com concordância/discordância em relação às principais razões para iniciar a psicoterapia. Posteriormente estes dados serão testados em sua associação com a aliança terapêutica.

### **Objetivo Geral**

- Identificar e avaliar fatores envolvidos na evolução e no término da psicoterapia psicanalítica.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar os objetivos para psicoterapia na percepção dos pacientes e dos terapeutas.
- Examinar concordância entre terapeuta e paciente sobre os objetivos para a psicoterapia.
- Examinar concordância entre terapeuta e paciente sobre os motivos que levaram ao final da psicoterapia.
- Examinar concordância entre terapeuta e paciente sobre o tipo de término da psicoterapia (abandono ou alta,).
- Verificar se a concordância de objetivos se relaciona com o tipo de término da psicoterapia (abandono, alta ou seguimento).
- Verificar se a concordância entre terapeuta e paciente sobre os objetivos do tratamento é preditor de progresso da psicoterapia
- Examinar se a aliança terapêutica se relaciona com a concordância/discordância entre terapeuta e paciente sobre objetivos da psicoterapia.
- Examinar se a aliança terapêutica se relaciona com a concordância/discordância entre terapeuta e paciente sobre os motivos que levaram ao final da psicoterapia.
- Examinar se a aliança terapêutica se relaciona com o tipo de término da psicoterapia.
- Verificar se as dimensões da aliança terapêutica são preditoras de progresso na psicoterapia.

### **Método:**

#### **Delineamento do estudo:**

Trata-se de uma coorte, com *follow up*, naturalística (realizada no campo natural das psicoterapias, não em um ambiente criado deliberadamente para a pesquisa) pelo período de 24 meses. As duplas terapeutas/pacientes que iniciarem psicoterapia dentro do período de coleta

serão incluídos. Dos casos incluídos, permanecerão no estudo, aqueles que tiverem nota de alta durante o tempo de coleta. Após a alta, terapeuta e paciente serão convidados para uma última etapa, a de *follow-up*.

### **Local**

A pesquisa será realizada no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, que é tanto uma escola de pós-graduação em psicoterapias psicanalíticas na infância e adolescência, idade adulta, casal e família, quanto um ambulatório de atendimento psicoterápico. No ano de 2013, de janeiro à dezembro, 653 pacientes adultos realizaram entrevista de triagem com indicação para psicoterapia individual, sendo que 313 destes pacientes encaminhados para psicoterapia individual finalizaram seus tratamentos. Assim, durante o período de 24 meses estima-se que 626 pacientes tenham nota de alta.

Os terapeutas são alunos da pós-graduação e terapeutas especialistas. Os pacientes agendam consultas iniciais chamadas de entrevistas de recepção e pesquisa, as quais são realizadas por terapeutas do corpo clínico da instituição – psicólogos formados no curso de pós-graduação. Os tratamentos são realizados por alunos da pós-graduação ou psicólogos formados pela escola. Alunos têm supervisão semanal individual e supervisão semanal coletiva. O corpo clínico realiza supervisão individual semanal ou supervisão semanal coletiva. Todos os tratamentos neste ambulatório possuem término aberto.

### **Procedimentos de coleta:**

O ambulatório recebe seus pacientes através de um serviço de triagem (entrevistas de recepção e pesquisa) realizado por psicólogos especialistas. Após esta entrevista, os pacientes são encaminhados para tratamento de acordo com a indicação terapêutica. As psicoterapias iniciam após esta entrevista de triagem. No momento da triagem, será feito o convite para que o paciente participe deste estudo.

Na triagem os pacientes respondem um formulário com os dados sócio-demográficos e um instrumento para verificar a severidade dos sintomas (SCL-90-R), que já fazem parte da rotina do ambulatório. Nesse momento seria acrescentado o instrumento para verificar o progresso terapêutico (OQ45).

Os terapeutas serão convidados em reunião, após a apresentação do projeto de pesquisa. Acredita-se que esta pesquisa precisa iniciar junto com a psicoterapia, para que o momento inicial do contrato terapêutico faça parte dos dados a serem coletados.

As formas de participação neste projeto serão descritas a seguir:

1. Acesso a dados de prontuário.
2. Na triagem será necessário que o paciente responda o questionário de sintomas e progresso terapêutico.
3. Autorização para contato pós finalização do tratamento por telefone para o paciente.
4. No final da quarta sessão de psicoterapia, será necessário que o paciente responda a uma escala de aliança terapêutica. Também será pedido que responda por escrito a seguinte pergunta: “Elenque dois principais objetivos para o seu tratamento”.

5. No final da quarta sessão de psicoterapia, será necessário que o terapeuta responda a uma escala de aliança terapêutica. Também será pedido que responda por escrito a seguinte pergunta: “Elenque dois principais objetivos para o tratamento deste paciente”.

6. Para acompanhar o progresso terapêutico os instrumentos de sintomas (SCL-90 -R) e de progresso terapêutico (OQ-45) serão reaplicados a cada três meses nos pacientes que iniciarem e encerrarem a psicoterapia dentro dos 24 meses de coleta.

6. Para os casos que encerrarem a psicoterapia dentro dos 24 meses de coleta, será realizada ligação telefônica para o paciente dentro de 1 mês do recebimento da nota de alta (em anexo no fim do projeto) pela equipe de pesquisa. Esta ligação terá como roteiro os mesmos itens que foram preenchidos pelo terapeuta na nota de alta (em anexo no fim do projeto).

### **Participantes**

A população em estudo será composta de pacientes adultos e idosos que iniciarem psicoterapia psicanalítica no Contemporâneo entre abril de 2015 e abril de 2017 e concordarem em participar do estudo; e de terapeutas, tanto alunos do curso quanto formados, que concordarem em participar do estudo. Serão excluídos pacientes atendidos por estagiários, tendo em vista que estes profissionais oferecem um modelo diferente de psicoterapia – breve e com término fechado.

### **Critérios de inclusão**



Pacientes maiores de 18 anos, que iniciarem psicoterapia psicanalítica no CIPT entre março de 2015 e março de 2017 que concordarem com todas as formas de participação descritas acima e assinarem o TCLE. Terapeutas que atendam no ambulatório da instituição e concordarem em participar.

### **Critérios de exclusão**

Pacientes que não concordarem em participar do estudo. Crianças e adolescentes serão excluídos uma vez que critérios de cura, alta e abandono são bastante particulares para estas faixas etárias: consideram a opinião não só do paciente, como dos pais, escola e outros responsáveis, o que impossibilita uma comparação completa dos dados do terapeuta com os do paciente. Terapeutas estagiários também não participarão, pelos motivos citados anteriormente e qualquer outro terapeuta que não concordar em participar do estudo. Também serão excluídos terapeutas cujos pacientes não aceitem participar do estudo, bem como pacientes cujos terapeutas não aceitem participar do estudo.

### **Instrumentos**

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

Quando o paciente ingressa na instituição (triagem) recebem uma ficha de contato inicial para preencher informações sócio- demográficas juntamente com o instrumento que avalia a severidade dos sintomas (SCL-90-R) e o instrumento para avaliar o progresso terapêutico durante o tratamento (OQ45), sendo necessário aplica-lo antes que o tratamento inicie para verificar se existe diferenças ao longo do processo de tratamento. Ambos serão reaplicados a cada três meses com o objetivo de acompanhar o progresso da psicoterapia.

#### ***7 Sympton Check-List-90-Revised (SCL-90-R)***

Utilizado para avaliação da qualidade da sintomatologia apresentada pelo paciente. Trata-se de um inventário de sintomas psicológicos útil para avaliação inicial do paciente (auxiliando o diagnóstico) e mensuração do progresso do paciente ao longo do tratamento através do monitoramento da sintomatologia. Compreende 9 dimensões: 1)Somatização, 2)Obsessividade e Compulsão, 3)Sensibilidade Interpessoal, 4)Depressão, 5)Ansiedade,

6)Hostilidade, 7)Ansiedade Fóbica, 8)Ideação Paranóide e 9)Psicoticismo. O inventário compreende 90 itens para serem pontuados em uma escala Likert de 5 pontos. Foi adaptado e validado para a população brasileira por Laloni (2001). Visando interferir o mínimo possível no processo de tratamento, optou-se por sua utilização por tratar-se de um instrumento auto-aplicável.

### **8 Outcome Questionnaire (OQ-45)**

É um instrumento de auto-relato, composto por 45 itens, desenvolvido com a finalidade de mensurar repetidamente o progresso do paciente em psicoterapia. O monitoramento se dá a partir de três dimensões primárias (desconforto subjetivo; relacionamentos interpessoais; e, desempenho do papel social). Os escores possíveis variam entre 0 e 180 pontos, em que escores mais altos refletem sofrimento mais severo. As normas norte-americanas foram baseadas nos dados coletados em âmbito nacional (Lambert & cols., 1996; Umphress & cols., 1997). No final da quarta sessão, será apresentado ao paciente e ao terapeuta uma ficha para ser respondida por escrito pedindo a eles separadamente que elenquem dois objetivos principais para a psicoterapia (anexo 2).

Neste mesmo momento, terapeuta e paciente serão convidados a responder um instrumento de aliança terapêutica chamado WAI (anexo 3).

### **9 Inventário de Aliança de Trabalho/ Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989).**

O WAI é um instrumento concebido para avaliar a aliança terapêutica em diferentes abordagens em psicoterapia. Possui três versões: observador, terapeuta e paciente, denominadas, respectivamente WAI-O, WAI-T e WAI-P. Consiste em um questionário com 36 questões com respostas que variam em uma escala de sete pontos (sempre-nunca) divididas em três subescalas: objetivos (negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da terapia em termos de resultados); tarefas (atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e paciente para promover as mudanças); e vínculo (ligações interpessoais entre paciente e terapeuta). Trata-se de um instrumento amplamente utilizado em diferentes países. A confiabilidade do instrumento original, baseada na homogeneidade (alpha de Cronbach) entre os itens varia entre 0,84 e 0,93. As subescalas são correlacionadas entre si e a confiabilidade destas varia de 0,68 a 0,92 (Horvath, 1994). A versão em português foi desenvolvida por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu. Um estudo realizado sobre aliança terapêutica na psicoterapia via internet constatou a alta consistência interna da versão brasileira do WAI

(Prado & Meyer, 2006).

No fim do tratamento, os terapeutas preenchem a nota de alta padrão do ambulatório que contém as informações relativas ao tipo de término da psicoterapia, bem como, razões alegadas para a finalização (em anexo).

Assim, que a nota de alta estiver disponível no departamento de pesquisa os pacientes são convidados a responder o formulário (em anexo) de *follow up* realizado através de entrevista telefônica.

Os instrumentos utilizados, portanto, serão os seguintes:

- 1) Ficha de triagem – dados sócio demográficos
- 2) SCL-90-R
- 3) OQ45.
- 4) Formulário de objetivos principais para psicoterapia versão paciente.
- 5) Formulário de objetivos principais para psicoterapia versão terapeuta.
- 6) WAI - P.
- 7) WAI - T.
- 8) Notas de Alta.
- 9) Entrevista de *follow up*.

### **Fluxograma**

Como este projeto foi aceito pela diretoria da instituição, uma reunião de ambulatório será realizada pela equipe de pesquisa com todos os terapeutas do ambulatório. Nesta, será apresentado o presente projeto de pesquisa. Após a apresentação do projeto e descrição das formas de participação dos terapeutas neste estudo, os mesmos serão convidados a participar. Aqueles que demonstrarem interesse e assinarem o TCLE ingressarão no estudo.

Os pacientes que ingressarem na instituição via triagem e forem encaminhados para psicoterapia serão convidados a participar do estudo. Aqueles que demonstrarem interesse e assinarem o TCLE ingressarão no estudo. Nessa etapa também que eles são convidados a preencher o instrumento de sintomas e progresso terapêutico.

Após o fim da quarta sessão do paciente com o terapeuta designado para o caso (pós triagem), terapeuta e paciente receberão o formulário de objetivos principais para psicoterapia pedindo a eles que elenquem dois principais objetivos para a realização da psicoterapia. Lembramos que os formulários são individuais, entregues pela equipe de pesquisa e que a dupla

responderá separadamente. Nenhum dos dois terá acesso às respostas do outro através da equipe da pesquisa.

Neste mesmo momento, final da quarta sessão terapeuta e paciente serão convidados a responder o questionário de aliança terapêutica. Philips et al (2007), pesquisando a aliança terapêutica na psicoterapia psicanalítica, consideraram que o período de avaliação teria duração de 2 a 4 sessões. Logo, entenderam que esse prazo é o necessário para o estabelecimento da aliança terapêutica e para o início da psicoterapia.

Novamente, eles receberão os instrumentos de coleta separadamente, por membros da equipe de pesquisa. As respostas são individuais. Nem terapeutas, nem pacientes terão acesso às respostas um do outro.

No caso de interrupção de tratamento, o terapeuta preenche uma nota de alta. Quando a nota de alta chegar no departamento de pesquisa, o paciente será contatado por telefone dentro de 1 mês para ser convidado a responder o questionário sobre seu tratamento. Uma equipe de duas psicólogas fará as ligações baseadas em um questionário semi - estruturado. As psicólogas que farão as ligações receberão um formulário que informará o nome dos pacientes e seus números de telefone, sem quaisquer informações adicionais. Outra psicóloga, que não terá contato com os pacientes, fornecerá estes formulários para que as ligações sejam feitas. Para a realização deste contato telefônico, as duas psicólogas escolhidas são especialistas em psicoterapia e receberão treinamento feito pela equipe de pesquisa. Caso seja constatada a necessidade de encaminhamento de algum paciente durante estas ligações, o ambulatório da instituição participante dispõe-se a recebê-los.

### **Análise dos dados**

Para o formulário de objetivos principais para tratamento, dois juízes independentes (ou seja, separadamente e sem saber as respostas do outro) pegarão as respostas dos pacientes e dos terapeutas para verificar se há concordância entre a dupla. No caso de discordância entre os juízes, uma terceira pessoa será chamada para avaliar o caso.

Para os dados obtidos das ligações telefônicas, teremos duas etapas:

- Primeira: Após realizadas as ligações, dois juízes independentes (ou seja, separadamente e sem saber as respostas do outro) pegarão as respostas dos pacientes com relação ao tipo de término (alta ou abandono) e às razões alegadas para o término e as classificarão nos modelos da nota de alta já existente na instituição.

- Segunda: Essas respostas dos pacientes serão então comparadas com as respostas fornecidas pelos terapeutas ao preencherem a Nota de Alta.

Os resultados categorizados serão transpostos a um banco de dados, elaborado no SPSS versão 17,0. Para a primeira etapa do estudo, será calculada a concordância entre os juízes, ou seja, o quanto eles classificaram na mesma categoria a mesma resposta dada pelo paciente para tipo de término de tratamento, motivo do término, objetivos para o tratamento, através do teste Kappa. Para a segunda etapa do estudo, será calculada a concordância entre as respostas fornecidas pelo paciente e pelo terapeuta quanto ao tipo de término, motivo de término, objetivos terapêuticos também através do teste Kappa. Para as variáveis categóricas será calculado se há associação entre os objetivos terapêuticos com o tipo de término e motivos alegados para o término utilizando o teste do qui-quadrado.

### **Aspectos éticos**

O presente estudo será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa de um órgão vinculado ao CONEP (CEP - UFRGS). Todas as normativas internacionais para pesquisas com seres humanos serão observadas.

Os pacientes serão convidados a assinar um Termo de consentimento Livre e Esclarecido, permitindo que os dados do seu atendimento sejam utilizados para fins científicos e de ensino. Receberão garantia de tratamento independentemente de aceitarem participar da pesquisa ou mediante desistência em qualquer momento. Suas identidades bem como a dos terapeutas serão mantidas sob sigilo. A análise dos dados iniciará apenas após a coleta ser finalizada.

A fim de interferir o mínimo possível no processo terapêutico, os instrumentos serão entregues aos pacientes pela equipe de pesquisa (não o terapeuta) em um envelope fechado. Os pacientes serão informados sobre a forma de preenchimento e a participação facultativa na pesquisa.

Os pacientes devolverão o mesmo envelope lacrado a equipe de pesquisa da instituição. O sigilo das informações presentes nos questionários, então, estará garantido. Terapeutas e pacientes não serão envolvidos nos procedimentos de coleta. Ao transportar as informações ao banco de dados, a identidade do paciente também estará protegida, pois será transportado apenas o número do prontuário. No processo de *follow up*, a psicóloga responsável pelas ligações receberá treinamento e os terapeutas não terão acesso às informações recebidas.

**Riscos**

A pesquisa será realizada de acordo com os princípios de evitar todo e qualquer tipo de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, sob pena do pesquisador responder legalmente caso algum destes danos venha atingir os participantes envolvidos; serão consideradas igualmente todas as opiniões dos participantes, evitando comentários e/ou críticas ofensivos e/ou não fundamentados cientificamente à qualidade dos mesmos, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos mesmos, garantindo a não utilização das informações em prejuízo destas pessoas e/ou das comunidades/instituições que estejam envolvidos, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros; serão respeitados, sempre, os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes caso referidos pelos participantes; a garantia deste comprometimento à dignidade humana estará garantida com os documentos TCLE. As informações prestadas frente ao levantamento, assim como dados de identificação dos participantes, estão protegidas através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Formas de divulgação dos resultados**

Os resultados serão divulgados à comunidade científica através da defesa da presente tese de mestrado, relatório a instituição envolvida na coleta, palestra aos terapeutas que atendem na instituição e publicação de artigos em revistas científicas.

**Cronograma**

	2014		2015		2016		2017	
	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação pelo CEP			X					
Coleta de Dados				X	X	X	X	
Análise dos dados						X	X	X
Dissertação dos resultados							X	X
Divulgação dos resultados								X

**Orçamento**

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

## Referências

- BARANGER, W. & BARANGER, M. (1969) *Problemas del Campo Psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman.
- BARRET, M.S., CHUAW, J., CRISTS-CHRISTOPH, P., GIBBONS, M.B., & THOMPSON, D. (2008) Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Teory, Research, Practice, Training*, 45, 247 – 267.
- BION, W.R. (2004) *Elementos de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- CAMPEZATTO, P.; VIEIRA, L.; NUNES, M.L. (2013) Psicoterapia e Resultado: um panorama mundial da produção científica 2001-2011. *Contextos Clínicos*, vol 6, n.2.
- DEAKIN, E.K.; NUNES, M.L.T. (2008) Efetividade e Eficácia na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças. In: M.N, STREY; D.C; TATIM (orgs), *Sobre Et's e dinossauros: Construindo ensaios temáticos*. Passo Fundo, UPF Editora, p. 75-98.
- FREUD, S. (1912) A dinâmica da transferência. In *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., v.XXIII, 1975.
- GASTAUD, M.B. & NUNES, M.L.T. (2010) Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 247 – 254.
- GASTON, L., THOMPSON, L., GALLAGHER, D., COURNEYER, L.-G. & GAGNON, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209. doi: 10.1080/10503309812331332307
- HORENTEIN, D., & HOUSTON, B.K. (1976). The expectation – reality discrepancy and premature termination from psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 373 – 378.
- HORVATH, A. & GREENBERG, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.



HORVATH, A. & SYMONDS, D. B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38,139-149. doi: 10.1037//0022-0167.38.2.139

HUNSLEY, J., AUBREY, T.D., VESTERVELT, C.M., & VITO, D. (1999). Comparing therapist and client perspective on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 4, 380 – 388.

KLEIN, M. (1950) Sobre os critérios para o término de uma psicanálise. In KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991.

KOHUT, H. *Como cura a psicanálise?*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MCCABE, R. & PRIEBE, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50, 115-128. Retrieved from <http://isp.sagepub.com/content/50/2/115.full.pdf+html?frame=header>

NICHOLS, K.; PEKARIK, G. (1992) Client vs. therapist perceptions of psychotherapy dropout and outcome. Trabalho apresentado ao *Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association*. v. 64, n. 1, p. 1-26.

NORCROSS, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 3-16). London, Oxford University Press.

OGDEN, T. *Os Sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PEKARIK, G. & FINNEY-OWEN, K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Mental Health Journal*, 23, 120 – 130.

PHILIPS, B. & WENNBERG, P. (2007). Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*. 2007;80:229-45.

PRADO, O & MEYER, S. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257. Retrieved May 01, 2014, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200003&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200003&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-73722006000200003

SWIFT, J.K., CALLAHAN, J.L., & LEVINE, J.C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 328 – 335.

WESTMACOTT, R., HUNSLEY, J., BEST, M., RUMSTEIN-MCKEAN, O., & SCHINDLER, D. (2010) Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20 (4), 423 – 435.

WIERZBICKI, M., & PEKARIK, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190 – 195.

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

## **ANEXO 2: Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE)**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Término de tratamento em psicoterapia psicanalítica: um estudo de follow-up”**, que tem como pesquisador responsável o professor Cláudio Laks Eizirik, que tem por objetivo estudar como acontece o fim de uma psicoterapia na perspectiva dos pacientes e dos terapeutas. Este estudo faz parte da tese de doutoramento da psicóloga Camila Piva da Costa.

Para que este estudo possa acontecer, é necessário que os pacientes de psicoterapia preencham alguns formulários e autorizem contato telefônico após encerrarem sua psicoterapia. No início de seu tratamento (quarta sessão), você será convidado a preencher um formulário sobre os motivos para iniciar sua psicoterapia, e outro sobre aliança terapêutica. Aliança terapêutica é a relação de trabalho que você mantém com seu psicoterapeuta. Depois que seu tratamento encerrar, dentro de 1 mês, uma pessoa da nossa equipe de pesquisa entrará em contato com você por telefone. Ela vai lhe perguntar sobre como foi o fim de seu tratamento.

Saber como funciona a relação de trabalho entre pacientes e terapeutas é muito importante para que os tratamentos sejam cada vez mais efetivos, ou seja, para que ajudem mais as pessoas que os procuram. Entender melhor como uma psicoterapia termina pode ajudar a prevenir fracassos de tratamento. Este estudo é uma colaboração entre a UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e o Contemporâneo, Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

Gostaríamos de enfatizar que com sua colaboração pretendemos estudar para saber como funcionam estes aspectos da psicoterapia, com o objetivo futuro de saber mais sobre esta forma de tratamento psicológico. Você poderá sentir algum desconforto ao falar sobre o tema do fim de seu tratamento, ou sobre sua relação de trabalho com seu terapeuta. Poderá também não querer participar deste estudo sem que isso interfira no seu tratamento. Saiba que é possível desistir de sua participação no momento que bem entender, sem precisar de justificativa, e sem que isso acarrete em qualquer prejuízo ao seu tratamento no Contemporâneo. O seu terapeuta não terá acesso aos dados de seus formulários ou da entrevista telefônica. Ressaltamos que sua participação não trará nenhum custo ao seu tratamento e que os participantes não serão remunerados pela participação.

Os pesquisadores deste estudo se comprometem a divulgar os resultados obtidos para o avanço do conhecimento científico de maneira a não expor dados pessoais que possam identificar as pessoas que contribuíram para esta pesquisa.

*Se você tiver alguma dúvida sobre o que foi informado acima, poderá perguntar a psicóloga Camila Piva da Costa através do telefone (51)*

*Para qualquer pergunta sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS (51) 33083629.*

*Pelo presente termo, declaro que fui informado (a) dos procedimentos e objetivos desta pesquisa e concordo em participar. Declaro também que recebi cópia do presente termo de consentimento.*

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome completo do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome completo do pesquisador: Camila Piva da Costa

Assinatura do pesquisador:

## ANEXO 3 - Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

## OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)  
Versão autorizada para investigação

**Instruções:** Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere a última semana, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.** Por favor responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu me canso depressa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu me culpo pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu me sinto irritado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me sinto fraco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me sinto assustado/com medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. <i>(se não bebe marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu sou uma pessoa feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu trabalho muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu me sinto sem valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu me sinto sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu discuto com freqüência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu me sinto amado e querido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu gosto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Lembre-se:** Neste questionário, “trabalho” é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, et

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). (se não se aplicar marque nunca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu tenho problemas de estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. (Se não se aplicar marque nunca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Eu tenho os músculos doloridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Eu me sinto nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Eu me sinto triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eu tenho dores de cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO 4: SCL-90

**SCL - 90 - R**

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS - 90 - R

Leonard R. Derogatis, PhD. (1994)

## PROTOCOLO PARA PESQUISA

Tradução e Adaptação do Original

Diana Tosello Laloni (1998)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F Estado civil: solteiro  casado ou amigado  separado  viúvo Grau de escolaridade: analfabeto  1ª. a 4ª.  5ª. a 8ª.  2º. Grau  3º. Grau 

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Orientações:**

- 1- Preencha os dados da identificação na parte superior da folha.
- 2- Use um lápis preto para marcar a resposta.
- 3- Se você desejar alterar sua resposta, apague com cuidado a 1ª. marca e marque a nova resposta.
- 4- Não faça outras anotações fora dos círculos.

**INSTRUÇÕES:**

Informe ao cliente que será apresentada uma lista de problemas que as pessoas algumas vezes têm. Por favor leia-os cuidadosamente para o cliente e pinte o círculo que melhor descreve quanto aquele problema o tem preocupado ou angustiado durante os últimos 7 dias incluindo hoje. Pinte o círculo em apenas 1 número para cada problema e não pule nenhum item. Se o cliente mudar de idéia apague sua primeira marca e remarque o outro círculo. Leia o exemplo antes de começar e dê explicações extras, se necessário.

EXEMPLO				
O quanto voce esta preocupado com:				
⑤	④	③	②	①
Nenhum Pouco	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
Dores no corpo				





	Nenhum Pouco Um Pouco Moderadamente Bastante Muito					O quanto voce esta preocupado com:
31	0	1	2	3	4	Preocupar-se demais com as coisas
32	0	1	2	3	4	Sentir-se desinteressado pelas coisas
33	0	1	2	3	4	Sentir medo
34	0	1	2	3	4	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos
35	0	1	2	3	4	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos
36	0	1	2	3	4	Sentir que os outros não o entendem ou são antipáticos
37	0	1	2	3	4	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você
38	0	1	2	3	4	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza de que estão corretas
39	0	1	2	3	4	Coração palpitando ou disparando
40	0	1	2	3	4	Náuseas, enjôos ou estômago ruim
41	0	1	2	3	4	Sentir-se inferior aos outros
42	0	1	2	3	4	Dores musculares (dor no corpo)
43	0	1	2	3	4	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros
44	0	1	2	3	4	Problemas para conciliar o sono
45	0	1	2	3	4	Ter que conferir e reconfirmar o que fez
46	0	1	2	3	4	Dificuldade para tomar decisões
47	0	1	2	3	4	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trem
48	0	1	2	3	4	Problemas para respirar
49	0	1	2	3	4	Ondas de calor ou frio
50	0	1	2	3	4	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)
51	0	1	2	3	4	Um "branco" na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)
52	0	1	2	3	4	Dormência ou formigamento em partes do corpo
53	0	1	2	3	4	Um nó na garganta
54	0	1	2	3	4	Sentir-se sem esperança sobre o futuro
55	0	1	2	3	4	Dificuldade de concentração
56	0	1	2	3	4	Sentir fraqueza em partes do corpo
57	0	1	2	3	4	Sentir-se tenso ou travado
58	0	1	2	3	4	Sentir peso nos braços e pernas
59	0	1	2	3	4	Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo
60	0	1	2	3	4	Comer demais

		O quanto voce esta preocupado com:					
		Nenhum Pouco	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	
61	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você
62	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Ter pensamentos que não são seus
63	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Ter desejos de bater, machucar ou ameaçar alguma pessoa
64	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Acordar de madrugada
65	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar
66	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sono sem descanso ou perturbado
67	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas
68	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Ter idéias ou crenças que os outros não aceitam
69	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros
70	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema
71	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir que tudo é um esforço
72	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Ondas de terror ou pânico
73	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável por comer ou beber em público
74	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Envolver-se frequentemente em discussões
75	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho
76	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Os outros não dão o devido crédito (valor) às suas conquistas
77	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado
78	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)
79	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentimentos de inutilidade
80	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você
81	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Gritar ou atirar coisas
82	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Com medo de desmaiar em público
83	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentir que as pessoas tirarão vantagens de você, caso permita
84	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito
85	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	A idéia de que você deveria ser punido pelos seus pecados
86	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Pensamentos e imagens de natureza assustadora
87	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	A idéia de algo sério está errado com seu corpo
88	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Nunca se sentir próximo a outra pessoa
89	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	Sentimentos de culpa
90	0 1 2 3 4	0	1	2	3	4	A idéia de que há algo errado com sua mente

## ANEXO 5: DSQ 40

## DSQ-40 – versão em português brasileiro

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda plenamente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alívio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. **Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
26. **Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
27. **Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
28. **Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
29. **Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
30. **Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
31. **Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
32. **Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
33. **Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
34. **Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
35. **Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
36. **Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
37. **Freqüentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.**  
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO. VERIFIQUE SE TODAS AS  
QUESTÕES FORAM PREENCHIDAS ADEQUADAMENTE E ENTREGUE  
ESTE FORMULÁRIO NA RECEPÇÃO.**

**ANEXO 6: Working Alliance Inventory – versão terapeuta (WAI-T) e Versão Paciente**

<p><b>Inventário de Aliança Terapêutica</b></p> <p>Versão T</p> <p><b>Instruções</b></p> <p>Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir a cerca do seu cliente.</p> <p>Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:</p>						
6	1	7	2	3	4	5
	Nunca		Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	
	Frequentemente		Muito	Sempre		
	Frequentemente					
<p>Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) <b>sempre</b> faça um círculo no número 7; se <b>nunca</b> faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.</p> <p style="text-align: center;"><u>Este questionário é CONFIDENCIAL</u></p> <p style="text-align: center;">Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes. (POR FAVOR NÃO ESQUEÇA DE RESPONDER <b>TODOS</b> OS ITENS)</p> <p style="text-align: center;">Obrigado por sua colaboração.</p> <p style="text-align: center;">A.O. horvat ...</p> <p style="text-align: center;">...</p>						

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito
					Frequentemente

2. O(a) meu cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a situação

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito
					Frequentemente

3. Tenho algumas preocupações acerca dos resultados dessas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito

						Frequentemente
4. O(a) meu(a) cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
5. Sinto que compreendo realmente o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
6. O(a) meu(a) cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
7. O(a) meu(a) cliente acha confuso o que estamos fazendo em terapia.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
8. Acho que o(a) meu(a) cliente gosta de mim.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
9. Sinto a necessidade de explicar a finalidade das nossas sessões.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
10. O(a) meu(a) cliente e eu discordamos acerca dos objetivos destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) cliente não é utilizado de um modo eficaz.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente
12. Tenho dúvidas acerca daquilo que tentamos conseguir em terapia.						
1	2	3	4	5	6	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Frequentemente



---

13. Sou claro e explícito acerca das responsabilidades do(a) meu(a) cliente na terapia

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

14. Os objetivos destas sessões são importantes para o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) paciente fazemos em terapia não esta relacionado com suas preocupações

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

16. Sinto que aquilo que fazemos em terapia ajudará o(a) meu(a) paciente a atingir as mudanças que deseja.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

17. Estou genuinamente preocupado com o bem estar do(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

18. Sou claro acerca do que espero que o(a) meu(a) cliente faça nessas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

19. O(a) meu(a) cliente e eu repetamo-nos mutuamente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

20. Sinto que não sou totalmente honesto acerca daquilo com sinto com o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

21. Tenho confiança na minha capacidade de ajudar o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

22. O(a) meu(a) cliente e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

---

23. Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

24. Estamos de acordo acerca daquilo que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para o(a) meu(a) cliente como será possível ele(a) muda

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

26. O(a) meu(a) cliente e eu confiamos um no outro.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

27. O(a) meu(a) meu cliente e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os seus problemas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

28. A minha relação com o(a) meu(a) cliente é importante para ele(a).

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

29. Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

30. O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos nas definições dos objetivos destas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

31. O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

33. As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

34. O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

35. O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

36. Eu respeito o meu(a) cliente(a) mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

## Inventário de Aliança Terapêutica

Versão P

### Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar acerca do seu terapeuta.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

	1	2	3	4	5
7	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente
Muito		Sempre			
Frequentemente					

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) *sempre* faça um círculo no *nunca* faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.  
(POR FAVOR NÃO ESQUEÇA DE RESPONDER **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

A.O. horvat ...

...

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu terapeuta.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a minha situação

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

6. O(a) meu(a) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de modo eficaz.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

12. o(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tento conseguir em terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

14. Os objetivos dessas sessões são importantes para mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

17. Acredito que o(a) meu terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

---

18. Está claro para mim o que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

19. O(a) meu(a) terapeuta e eu nos respeitamo-nos mutuamente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

20. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) a respeito daquilo que sente em relação a mim

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

21. Tenho confiança na capacidade do(a) a meu(a) terapeuta em me ajudar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

22. O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

24. Estamos de acordo acerca daquilo que é importante eu trabalhar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

26. O(a) meu(a) terapeuta e eu confiamos um no outro.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

---

27. O(a) meu(a) terapeuta e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os meus problemas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

28. A minha relação com o(a) meu(a) terapeuta é muito importante para mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o meu terapeuta deixará de trabalhar comigo.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

30. O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos nas definições dos objetivos da minha terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

31. Estou frustrado(a) com as coisas que faço terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

33. As coisas que o(a) meu(a) terapeuta pede para fazer não fazem sentido.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

34. Não sei o que esperar de resultado da minha terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

35. Acredita que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

---

36. Sinto que o meu(a) terapeuta(a) se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito

---

---

Frequentemente

---



**ANEXO 7: Formulario de objetivos para Psicoterapia****Formulário de objetivos para tratamento**

Por favor, eleja qual seu principal objetivo de tratamento:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**CONTEMPORÂNEO**  
Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

**Formulário para pesquisa de follow-up:**

(preenchido por terapeutas)

Por favor eleja o principal objetivo de tratamento com esse paciente:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Saiba que este é um ponto fundamental que pode ajudá-lo a realizar um contrato terapêutico de maior eficácia. Obrigado por sua participação!