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

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SIMONE ISABEL JUNG

PORTO ALEGRE

2007

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE

por

SIMONE ISABEL JUNG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, área de concentração: Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, como requisito parcial a obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas

PORTO ALEGRE

2007

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

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE

Elaborada por:

SIMONE ISABEL JUNG

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

CO-ORIENTADORA:

Profª. Drª.Maria Lucia Tiellet Nunes

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Gisele Gus Manfro
Profª. Drª. Olga Garcia Falceto
Prof. Dr. César Luis de Souza Brito

Porto Alegre
2007

J95a **Jung, Simone Isabel**

Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica em um serviço de atendimento de Porto Alegre / Simone Isabel Jung ; orient. Cláudio Laks Eizirik ; co-orient. Maria Lúcia Tiellet Nunes. – 2007.

154 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2007.

1. Serviços comunitários de saúde mental 2. Terapia psicanalítica 3. Psicoterapia 4. Estudos de avaliação I. Eizirik, Cláudio Laks II . Nunes, Maria Lúcia Tiellet III. Título.

NLM: WM 460

Catalogação Biblioteca FAMED/HCPA

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS 7

RESUMO 9

ABSTRACT 10

1 INTRODUÇÃO 11

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 13

2.1 PESQUISAS DE RESULTADOS EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA 13

2.2 PESQUISAS DE RESULTADOS DE PSICOTERAPIA DE CURTA-DURAÇÃO 15

2.3 PESQUISAS DE RESULTADOS DE PSICOTERAPIA DE LONGA-DURAÇÃO 38

2.4 ARTIGO DE REVISÃO 43

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 78

4 OBJETIVOS 93

4.1 OBJETIVO GERAL 93

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 93

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 94

6 ARTIGO PRINCIPAL 95

7 CONCLUSÕES 136

ANEXOS 138

ANEXO 1 - Carta de aprovação do Artigo de Revisão 138

ANEXO 2 - Correspondência aos Pacientes 139

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 140

ANEXO 4 - Questionário de Efetividade 143

ANEXO 5 - Escala de Avaliação do Funcionamento Global 149

ANEXO 6 - Trabalhos Apresentados e Publicados 153

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, João (in memória) e Lourdes, cujo exemplo de luta, empenho, dedicação e perseverança levou-me, desde muito cedo, à busca de conquistas.

Ao meu marido, Carlos Fernando, pelo apoio, incentivo e pela dedicada revisão e formatação desta dissertação.

Ao meu filho, Henrique, por sua presença alegre e estimulante em todas as horas desta caminhada.

A minha irmã, Stela, pelo carinho, disponibilidade e pelo auxílio na digitação de dados da pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik, por ter me recebido, sem mesmo conhecer-me, e acreditado em meu potencial; por compartilhar comigo seu vasto conhecimento em psicanálise e pesquisa e pelo seu suporte seguro em todas as fases da realização desta dissertação.

A minha co-orientadora, Profª Drª Maria Lúcia Tiellet Nunes, pela sua valiosa colaboração na aprendizagem e na execução da pesquisa.

Ao ESIPP - Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica, instituição em que realizei minha formação em psicoterapia e que viabilizou a realização desta pesquisa. De forma especial, agradeço aos coordenadores do ESIPP Sheyla Borowsky, Suzana Notti e Isacc Sprinz, que, muito mais que meus professores e supervisores, são exemplos de ética e excelência como pessoas e profissionais em saúde mental.

A todos os psicoterapeutas e pacientes do Serviço de Atendimento do ESIPP, do período de 1999 a 2005, que disponibilizaram suas vivências em psicoterapia para a efetivação deste estudo.

Aos avaliadores independentes desta pesquisa, que doaram seu tempo e conhecimento para o desenvolvimento da pesquisa psicanalítica: Alfredo Lhullier, Carmen Keidann, Eliane Ferreira, Ivanosca Martini, José Vicente Nunes de Alcântara, Lisiane Machado de Oliveira, Lysa Remi, Nádia Marques, Rita Petrarca Teixeira, Roselaine Berenice da Silva, Simone Hauck e Vera Regina Ramires. Agradeço especialmente a Ana Paula Mezacaza Filippon, que, além de avaliadora, prestou auxílio importante na revisão teórica desta dissertação.

À colega, supervisora e amiga Maria Elisabeth Cimenti, pelo apoio irrestrito para a realização desta dissertação e pela competência e carinho com que tem me acompanhado ao longo da minha caminhada como psicoterapeuta.

À futura colega, Karine Müller, pela colaboração na transcrição das entrevistas realizadas.

À Vania Naomi Hirakata pela assessoria na análise estatística dos resultados dessa investigação.

Aos colegas do Programa de pós-graduação, Fernanda Serralta, Jacó Zaslavsky, Fernanda Pasquoto de Souza e Neusa Sica da Rocha, pelas sugestões e pela revisão cuidadosa do artigo principal.

À secretária do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria, Patricia Ribeiro, por sua presença sempre gentil, disponível e competente, nos assuntos pertinentes à secretaria.

À CAPES, agência financiadora, pela bolsa de um ano, que muito auxiliou na realização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: A avaliação da efetividade das psicoterapias teve seu início com o próprio Freud, através do estudo de caso único, no seu trabalho Estudos sobre a Histeria. Desde esta época até nossos dias, a pesquisa psicanalítica tem aprimorado sua metodologia e ampliado, significativamente, o número de estudos. No entanto, o número de pesquisas de resultados ainda é reduzido, principalmente na América Latina. Objetivos: Esta dissertação tem como objetivo geral avaliar a efetividade da psicoterapia psicanalítica, em pacientes adultos, que realizaram psicoterapia em um serviço de atendimento comunitário de Porto Alegre, através da opinião de experts e a dos próprios pacientes. Examinar a correlação entre a duração do tratamento e o resultado e entre a opinião dos pacientes e a de experts em psicoterapia psicanalítica, foram os objetivos específicos. Metodologia: A amostra foi constituída por 34 pacientes que terminaram seus tratamentos entre dezembro de 1999 e julho de 2005 e, no mínimo, seis meses antes da inclusão na pesquisa: Grupo 1- 17 pacientes que realizaram tratamento por até 11 meses e Grupo 2- 17 pacientes com um ano ou mais de psicoterapia. Os instrumentos utilizados foram: entrevista semi-estruturada, questionário de efetividade e escala de avaliação global do funcionamento (GAF). Experts independentes aplicaram a GAF na entrevista inicial (encontrada dialogada no arquivo da instituição) e na entrevista de seguimento (realizada pela mestranda, sendo audiogravada e, posteriormente, transcrita). Resultados: Os pacientes melhoraram significativamente seu funcionamento global, comparando a avaliação inicial e de seguimento da psicoterapia ($p < 0,001$), independentemente do grupo de tratamento. Pacientes e experts avaliaram o tratamento psicoterápico de forma satisfatória. Entretanto, a opinião dos experts não apresentou correlação com a opinião dos pacientes investigados. Conclusões: A psicoterapia psicanalítica foi efetiva na amostra estudada. A duração da psicoterapia, analisada, isoladamente, não é um fator decisivo para o resultado do tratamento, isto é, outros fatores também devem ser considerados na avaliação de resultados, como a relação terapêutica, a qualidade das relações objetais, o potencial auto-reflexivo e a reação às interpretações. Constatou-se que a maioria dos pacientes ficam satisfeitos com resultados em um tempo menor do que aquele que seus psicoterapeutas considerariam ideal. Investigar é um dos nossos desafios como profissionais em saúde mental, independentemente do alcance, limites e dificuldades em pesquisar sobre a efetividade dos tratamentos.

ABSTRACT

Introduction: Psychotherapy effectiveness started to be assessed by Freud, in a single case study in his work Studies in Hysteria. Since then, psychoanalytical research has improved its methodology and the number of studies expanded significantly. However, the number of research results is still small, particularly in Latin America. Objectives: The overall purpose of this dissertation is to assess the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy (PP) in adult patients who did psychotherapy in a community health center in Porto Alegre through the opinion of expert raters and patients. The specific goals were to assess the relationship between length of treatment and result and between patients' and experts' opinion about PP. Methods: The sample was made up of 34 patients who ended their treatments between December 1999 and July 2005 and, at least, six months before their inclusion in the research: Group 1 – 17 patients treated for up to 11 months and Group 2 – 17 patients who underwent psychotherapy for one year or longer. Instruments used were: semi-structured interview, effectiveness questionnaire and global assessment of functioning scale (GAF). Independent experts administered the GAF to the initial interview (at the Institution's files) and in the follow-up interview (conducted by the main author), the interview was tape-recorded and later transcribed. Results: Patients improved their global functioning significantly when comparing the initial assessment and the psychotherapy follow-up ($p < 0.001$), regardless of the treatment group. Patients and experts considered psychotherapy satisfactory. However, the experts' opinion did not relate to patients' opinion, thus showing a discrepancy among them regarding the specific opinion on each case. Conclusions: Psychoanalytical psychotherapy was effective in the sample studied. Length of psychotherapy, when assessed alone, is not a decisive factor for treatment result, i.e., other factors should also be taken into account when assessing results, such as therapeutic relationship and the quality of object relations the self-awareness potential and reaction to interpretations. Most patients were found to be satisfied with results in a shorter time than their psychotherapists would consider optimal. Investigation is one of the challenges facing mental health professionals, regardless of the reach, limits and difficulties in doing research on treatment effectiveness.

1 INTRODUÇÃO

> A investigação, seja qual for a modalidade, pretende ampliar os conhecimentos do corpus teórico, verificar ou confirmar hipóteses, ou perguntas ou questões ou intuições que surgem na prática, e tem como objetivo último reverter em melhoria para a prática terapêutica/psicanalítica. Mitjavila e Poch (2001, p. 237).

A psicanálise e a psicoterapia psicanalítica, após ocupar um espaço significativo em nosso meio e em âmbito mundial, vêm sendo alvo de críticas, principalmente no referente à eficiência, efetividade, freqüência e duração de tratamentos. Cada vez mais, é fundamental que possamos enfrentar o desafio de pesquisar sobre estes temas, contribuindo para a validação do método e dos pressupostos psicanalíticos bem como para efetuar novas descobertas científicas. Entretanto, o número de pesquisas nesta área ainda é reduzido, principalmente na América Latina (SERRALTA; STREB, 2003).

Nos últimos anos, estamos presenciando discussões das possibilidades e das limitações da pesquisa em psicanálise e psicoterapia psicanalítica no Brasil (CAON, 1996; EIZIRIK, 1998; LOWENKRON, 2000; ARAÚJO; WIETHAEUPER, 2003) e no cenário internacional (GREEN, 1996; WALLERSTEIN, 1996; VAUGHAN et al., 2000). A discussão entre Wallerstein e Green é uma das mais polêmicas e representativas do que se tem pensado quanto à pesquisa psicanalítica. Wallerstein (1996) afirma que é possível produzir pesquisa empírica em psicanálise, isto é, aponta para a possibilidade da utilização dos métodos das demais ciências na pesquisa psicanalítica. Por outro lado, Green (1996), de maneira enfática, assinala que a pesquisa empírica em psicanálise é uma ilusão e que, pela sua prática e seu modo de pensar a psicanálise, não há compatibilidade entre ela e todas as exigências do método científico.

Kernberg (1999) comenta seis tópicos de resistências à pesquisa em psicanálise, que estendemos às pesquisas de psicoterapia psicanalítica: 1 - as características do processo analítico e sua intersubjetividade, que dificultam a

objetivação da pesquisa, e a ameaça real ou fantasiada de descaracterizar o processo analítico pelo uso de instrumentos; 2 - a idéia predominante de que os métodos empíricos para a pesquisa psicanalítica ainda são simplistas e não contemplam a complexidade da relação terapêutica; 3 - o surgimento de novos modelos teóricos que estimulam o trabalho clínico e o interesse em conhecer estes modelos e a competição entre as teorias existentes, levando ao entendimento de que apenas o trabalho clínico continuado, sem interferências, pode possibilitar uma competição criativa; 4 - as peculiaridades da formação analítica que visa formar clínicos, sem uma preocupação maior com produção de conhecimento; 5 - o relativo afastamento e isolamento dos institutos de formação em relação à universidade, na qual a pesquisa é uma atividade constante; e 6 - a conjuntura social, política e financeira que pressionam no foco de custo-efetividade, que levam tanto à produção de investigações como, paradoxalmente, a um ressentimento interno contra a pesquisa.

Neste contexto, as pesquisas de avaliação de resultados constituem um campo fértil para a investigação psicanalítica. Eizirik (2001) menciona razões importantes para a realização de pesquisas de avaliação de resultados em psicanálise e psicoterapia psicanalítica: 1- as mudanças advindas da vida moderna levam a uma busca da gratificação imediata a qualquer preço, e a satisfação do cliente, no mercado, passa a ser imprescindível e 2- a consciência crescente do conceito de cidadania exige um maior respeito aos direitos humanos e ao consumidor. Isso inclui, sem dúvida, os consumidores em saúde nas mais variadas áreas. Assim, toda espécie de tratamento passa a ser pressionada a provar sua eficácia e efetividade.

É nesta perspectiva que apresentamos, nesta dissertação, uma investigação de avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 PESQUISAS DE RESULTADOS EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

Apesar das controvérsias sobre as possibilidades de pesquisar em psicanálise e psicoterapia psicanalítica, a pesquisa de avaliação de resultados já tem história para contar. A avaliação da efetividade das psicoterapias teve seu início com o próprio Freud, através do estudo de caso único (ainda bastante utilizado na atualidade), no seu trabalho Estudos sobre a Histeria (1895/1989).

Russell e Orlinsky (1996) dividem a história da pesquisa em psicoterapia em quatro fases: fase I (1927-1954), em que a pesquisa seguiu um modelo positivista com bases empíricas: fase II, cuja predominância foi a busca do rigor científico; fase III (1970-1983), na qual a pesquisa se expande e surgem interesses pelo método qualitativo; e a fase IV que se estende até o momento atual e se caracteriza pelo incremento dos estudos de processo e dos elementos de efetividade.

Referindo-se, exclusivamente, à pesquisa psicanalítica, Wallerstein (2001, 2005) descreve a existência de quatro gerações de pesquisa de resultados, tanto no que se refere à questão temporal quanto no grau de sofisticação e de complexidade conceituais e metodológicas. A primeira geração (1917 aos anos 1960) é caracterizada pelas contagens estatísticas simples de resultados em diferentes categorias de pacientes. As pesquisas de segunda geração (1950 aos anos 1980) empregam medidas construídas, escalas antes e depois e preditores para os resultados de tratamento. A terceira geração (1950 aos anos 1980), contemporânea à segunda, adiciona o processo terapêutico às medidas de resultado e os estudos de seguimento na fase pós-tratamento. Ainda em desenvolvimento em nossos dias, a quarta geração (1980 ao presente) envolve novas medidas de resultado para a avaliação da estrutura psicológica, da mudança estrutural e do processo terapêutico. Essa geração de pesquisa assegura um novo nível de possibilidades e conhecimento mais preciso dos mecanismos de mudança nas terapias

psicanalíticas. Portanto, acreditamos que esse maior conhecimento possibilitará a realização de tratamentos mais eficazes.

Cabe ressaltar que, neste estudo, o termo psicoterapia estará designando (exceto na revisão sobre psicoterapia de curta-duração) aquela terapia sistemática, de fundamentação psicanalítica, dirigida para o insight, comumente denominada como psicoterapia psicanalítica, mas que também costuma aparecer com os nomes de psicoterapia expressiva, psicoterapia compreensiva, psicoterapia dinâmica, psicoterapia de orientação (ou base) psicanalítica e psicoterapia dirigida ao insight (ZIMMERMMAN, 1999), conduzida face a face (freqüência de uma e no máximo três sessões semanais), sem a utilização de manual, mas em sua maior parte supervisionada por profissionais experientes. Os termos terapia psicodinâmica, psicoterapia psicodinâmica e psicoterapia de orientação analítica também serão usados como equivalentes aos expressos acima.

Cada vez mais, nas discussões sobre psicoterapia, os termos psicanalítica e psicodinâmica têm sido usados como sinônimos (GABBARD, 2005a) . De acordo com Schestatsky et al. (2005), a manutenção desta variabilidade de denominação para a psicoterapia de orientação analítica é justificada pelo fato de que, assim, aparece na literatura especializada em geral e por expressar a imprecisão conceitual, metodológica, técnica e de objetivos, ainda presentes nas chamadas psicoterapias de “orientação analítica”.

O resgate histórico é fundamental para futuros estudos. De posse da história recente em pesquisa, poderemos compreender por que e como chegamos até este momento nas investigações psicanalíticas. A partir de agora, iremos discorrer sobre as pesquisas em psicoterapia psicanalítica de curta e longa duração, dos últimos vinte e seis anos, priorizando as pesquisas dos anos 90 e 2000. A delimitação deste tempo ocorreu em função de que as publicações, neste período, representam as chamadas pesquisas de terceira e quarta geração (WALLERSTEIN, 2001 e 2005).

Excluímos desta revisão pesquisas exclusivamente com pacientes internados e com tratamento de grupo, estudos que avaliaram predominantemente pacientes psicóticos, dependentes químicos ativos ou portadores de retardo mental, por serem estas condições que dificultam a aplicabilidade do método em estudo e pesquisas que investigaram a psicoterapia interpessoal e da psicologia do self, por gerar controvérsias quanto à inclusão nas psicoterapias psicanalíticas.

Gabbard (2005a) propõe como tratamentos de longa-duração aqueles efetuados com mais de 24 sessões ou mais que seis meses de duração; já Leichsenring (2005) faz referência de que, na Alemanha, tratamentos entre 25 e 50 sessões não são considerados longos. Assim, entende-se que todos os esforços para definir o que é um tratamento de longa-duração podem parecer arbitrários (GABBARD, 2005; LEICHSENRING, 2005); porém, por questões de metodologia, nesta revisão, consideramos de longa-duração os tratamentos realizados com, no mínimo, 60 sessões ou com duração de um ano ou mais (CRITS-CHRISTOPH; BARBER, 2000).

A investigação realizada nesta dissertação não envolve psicoterapia breve (como técnica específica), porém uma das psicoterapias investigadas ocorreu em período de curta-duração. Esse é o motivo de incluirmos, na revisão da literatura, pesquisas psicanalíticas breves e ou de curta-duração (com até 53 sessões de duração).

As pesquisas de tratamentos de longa-duração serão apresentadas em duas partes: as dos anos 80, no item 2.3, e as dos anos 90 e 2000, no próximo item (2.4), sob a forma de um artigo de revisão, aceito para a publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (Anexo 1).

Os artigos serão apresentados de duas formas - no corpo do texto e em tabelas - na tentativa de facilitar a apreciação dos dados levantados. Optamos por descrever, no corpo do texto, as pesquisas; algumas mostradas, também, nas tabelas, realizadas em nosso meio (Brasil e América Latina) e aquelas cujos dados não seriam possíveis apresentar em tabelas por sua extensão, complexidade e por apresentarem mais de um informe da pesquisa.

2.2 PESQUISAS DE RESULTADOS DE PSICOTERAPIA DE CURTA-DURAÇÃO

No ano de 1904, Freud já afirmava: “Existem muitos meios e modos de praticar psicoterapia. Todos que levam à recuperação são válidos” (FREUD, 1895/1989, p.243). Ele, próprio, atendeu pacientes por períodos que hoje seriam considerados de curta-duração. Nesta mesma época, Ferenczi, com sua “técnica ativa”, já fazia tentativas de encontrar formas de abreviar o tratamento. Entretanto, foi com a demanda de tratamento gerada pela Segunda Guerra Mundial, que a

psicoterapia toma uma nova perspectiva, sendo introduzidas as chamadas psicoterapias breves.

Em 1946, Alexander e French, publicaram o livro “Psychoanalytic therapy” com dados do Instituto Psicanalítico de Chicago, trazendo o conceito de experiência emocional corretiva, o que viria a ser considerado o marco inicial da psicoterapia breve psicodinâmica (AZEVEDO, 2005).

A partir do ano de 1958, duas pesquisas simultâneas de grande relevância foram realizadas, com o objetivo de testar a Psicoterapia Breve: na Clínica Tavistock em Londres, coordenada por Ballint e, posteriormente, por Malan; e no grupo de pesquisa do Hospital Geral Massachusetts, chefiado por Sifneos, ambos desconhecendo o trabalho um do outro (LEMGRUBER, 1984).

Deste período até os nossos dias, muitas técnicas de psicoterapia breve foram sendo desenvolvidas. Entretanto, apesar das diferentes técnicas e abordagens conceituais, a psicoterapia breve possui elementos comuns (LEICHSENRING, 2005), como o tempo limitado (geralmente 16-30 sessões, mas podendo variar de 7 a 40 sessões), o atendimento face a face na freqüência de uma ou duas vezes por semana (DAVANLOO, 1980; SHAPIRO et al., 2003; LEICHSENRING, 2005) e uso de manual para a condução do tratamento psicoterápico.

Anos 80

Nesta década, as pesquisas em psicoterapia breve se caracterizaram por buscar a comprovação da efetividade da psicoterapia breve e comparar seus resultados com outras abordagens psicoterápicas.

A investigação *“The Hamburg short-term psychotherapy comparison experiment”* (MEYER; BOLZ, 1981, GABEL et al., 1981; BOLZ; MEYER, 1981; KIMM; BOLZ; MEYER, 1981), por exemplo, comparou duas psicoterapias: a centrada no cliente (CCT) e a psicoterapia psicanalítica focal (PT). Dos 286 pacientes convidados a participar, 72 não aceitaram e 37 foram excluídos, no início das avaliações, por desistência do paciente ou por estes apresentarem contra-indicações aos tratamentos. O prognóstico para a psicoterapia foi considerado bom em 88 pacientes, sendo este o número de pacientes randomicamente indicados para os dois tipos de tratamentos. No entanto, nem todos os pacientes aceitaram o

tratamento oferecido; o que levou ao número de 34 pacientes em cada grupo de psicoterapia pesquisado (comparados a um grupo de 25 indivíduos que não receberam tratamento). Os pacientes foram avaliados antes da randomização, no inicio, durante e depois da psicoterapia, e em períodos de *follow-up* (3 meses, 9 meses e 12 anos). Foram utilizados múltiplos instrumentos incluindo: entrevistas, inventário e questionário de personalidade, *check-list* de sintomas, escalas clínicas aplicadas a entrevistas, escala auto-aplicável e avaliação cega das duas entrevistas de seguimento por avaliadores independentes. As avaliações de seguimento foram realizadas por avaliadores independentes e cegos para o tipo de tratamento.

Os resultados encontrados no estudo apontam para ganhos significativos em sociabilidade em pacientes de ambos os grupos. Reduções de sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade foram observadas em pacientes do grupo de CCT. Os pacientes de PT alcançaram nível mais alto de insight sobre sua problemática do que os pacientes de CCT. No *follow-up* 1, os pacientes de CCT demonstraram grande redução de sintomas secundários quando comparados ao outro grupo de tratamento. No *follow-up* 2, houve um ligeiro incremento de sintomas nos pacientes de CCT e ligeira redução naqueles tratados com PT. Houve uma indicação, no *follow-up* 2, de que os pacientes de CCT sentiram que o tratamento os ajudou mais, se comparado com os pacientes de PT. Após 12 anos, os pacientes demonstraram pequenos, mas significativos ganhos em ambos os grupos de tratamento. Foi observada diminuição na escala de depressão para os pacientes de CCT e uma tendência a mudanças no grupo tratado com PT. Este é um estudo importante de investigação de *follow-up*, no qual pode ser demonstrado que, apesar dos resultados limitados da PT, no seguimento, os pacientes nesta modalidade de psicoterapia continuaram a apresentar mudanças, ou seja, os positivos efeitos da psicoterapia se manifestando após seu término.

Em 1985, Piper, de Carufel, Szkrumelak, publicaram uma investigação sobre os preditores do processo e resultado da psicoterapia psicanalítica de curto-prazo, com vinte e um pacientes ambulatoriais. O dado relevante encontrado foi que o estilo defensivo do paciente e sua escolha de objeto são bons preditores de resultado em psicoterapia breve.

No Brasil, podemos destacar 4 estudos retrospectivos importantes em psicoterapia breve nesta década: Mondrzak (1983), Dal Zot (1984), Cordioli (1985, 1986) e Lemgruber (1989)

Dal Zot (1984) estudou 71 prontuários de pacientes adultos, atendidos de janeiro a dezembro de 1978, no Ambulatório do Centro Psiquiátrico Melanie Klein, por alunos do 2º ano do Curso de especialização em psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O principal objetivo foi identificar critérios para seleção de pacientes em psicoterapia breve, porém os resultados das psicoterapias também foram investigados, tendo em vista os dados obtidos no prontuário, realizados pelo psicoterapeuta e pela avaliação destes dados pela autora da pesquisa. Duas áreas foram especialmente avaliadas, ou seja, a dos sintomas e a do relacionamento interpessoal, obtendo as categorias: resultados com melhora e inalterado. Os resultados mostram que motivação, foco do tratamento, nível de adaptação prévia, fator desencadeante, problema atual, agudicidade, diagnóstico e tempo de início de sintomas relacionam-se de forma significativa ($p< 0,005$) com os resultados. Destes fatores, dois deles mereceram destaque: a motivação e o foco de tratamento. Dal Zot, encontrou uma tendência da motivação se relacionar com os resultados, independentemente de outros fatores, e que 91,1% dos pacientes motivados melhoraram. Em relação ao foco de tratamento, 91,4% dos pacientes com foco definido obtiveram melhoras, e todos os pacientes com foco não definido tiveram resultado inalterado. Esta pesquisa é um importante levantamento, mas apresenta as limitações de ser retrospectiva e de não usar instrumentos amplamente testados em pesquisa.

Em 1984, Mondrazk apresenta os resultados de outra pesquisa no mesmo Centro Psiquiátrico e, também, com estudantes de especialização da UFRGS, mas no período de janeiro a dezembro de 1980. Foram estudados 60 prontuários; e destes, 21 pacientes, que aceitaram participar, realizaram entrevista dirigida de 30 minutos. Foram escolhidos, dentre os 21 pacientes, três casos para um estudo mais detalhado. Nesta pesquisa, a concordância com o foco de tratamento foi a única variável que mostrou associação significativa com os resultados de tratamento: dos 41 pacientes que obtiveram alguma melhora, 36 (87,4%) concordaram com o foco estabelecido; e dos 19 casos que permaneceram inalterados, 14 (73,7%) não concordaram com o foco. Comparada à investigação de Dal Zot, este estudo

acrescenta a entrevista dirigida a seus instrumentos, trazendo maior consistência aos resultados.

Novamente, tendo como amostra os pacientes do Centro Psiquiátrico Melanie Klein e seus psicoterapeutas, Cordioli (1985, 1986) estudou 24 pacientes que realizaram psicoterapia psicodinâmica breve (10 a 40 sessões) no ano de 1980. A amostra foi diferenciada: 65,5% dos pacientes possuíam instrução superior ou eram estudantes universitários. Os dados foram coletados através dos prontuários redigidos pelos psicoterapeutas, dos quais o autor fez um resumo individual, contendo as seguintes informações: problemas no início da psicoterapia, síntese da psicoterapia efetuada, principais temas de tratamento, intervenções do terapeuta e condições de alta. A segunda fonte de coleta foram entrevistas de avaliação realizadas pelo autor, após um ano e meio a dois anos depois do término da psicoterapia. Dois avaliadores independentes, após a leitura dos resumos dos prontuários e das entrevistas, pontuaram os resultados, utilizando um escore global único, numa escala de 5 pontos, sendo 1 indicativo de quadro inalterado, e cinco de resolução substancial nos sintomas e problemas. A pontuação final foi a média entre os dois avaliadores. Um terço dos pacientes da amostra (29,2%) obteve resultados importantes ou substanciais com a psicoterapia recebida; 1/3 (33.3%), resultados parciais, e 37,5%, resultados mínimos ou nulos. Foi estimado em 19,6% o percentual de pacientes dentre os pacientes encaminhados para psicoterapia que atingiram algum benefício com o tratamento e em 9,3% o percentual dos que obtiveram benefícios importantes. A relação terapeuta-paciente foi considerada muito boa em 33% dos casos; boa em parte em 25%; e com dificuldades importantes em 41,7% dos pacientes. Uma correlação direta e altamente significativa foi encontrada entre os resultados e a qualidade da relação terapêutica, a idade do paciente e o número de sessões. Esta pesquisa aprimora a metodologia com a inclusão de avaliadores independentes, caso a compararmos com os estudos anteriores, publicados sobre a Psicoterapia breve, oferecida no Ambulatório do Centro Psiquiátrico Melanie Klein.

O estudo realizado por Lemgruber (1989) foi uma investigação retrospectiva de 54 pacientes (43 do sexo feminino e 11 do masculino) atendidos por ela, em clínica particular, com psicoterapia breve. O prazo médio de terapia foi 12 meses com 48 sessões. Os ex-pacientes receberam um questionário via correio que continha 5 questões relativas à influência que a terapia exerceu em diferentes áreas

da vida do paciente (vida afetiva, familiar, profissional, social e na reestruturação geral do paciente), a partir de uma escala de 5 pontos (item 5 representando influência muito positiva e 1 muito negativa). Os resultados foram bastante significativos ($p<0,01$) na direção de uma correlação positiva entre uma boa aliança terapêutica e o resultado exitoso da terapia. Houve maior influência nas áreas afetiva, familiar e na reestruturação global; e menor nas áreas social e profissional. Os achados deste estudo devem ser utilizados com cautela, pelo uso de um único instrumental e, principalmente, em função do viés do pesquisador/terapeuta, ou seja, a autora da pesquisa realizou todas as etapas do estudo: a psicoterapia, a avaliação e a interpretação dos dados.

Apresentamos, na Tabela 1, mais quatro pesquisas de avaliação de resultados em psicoterapia breve, publicadas nesta década. O conceito de psicoterapia, nas tabelas que seguem, refere-se exclusivamente a abordagem psicodinâmica.

Tabela 1:
Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 80

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Husby et al. (1985) Husby (1985a, 1985b)	Psicoterapia Dinâmica de curta-duração (39)	Delineamento: Naturalístico; População: Adultos com estrutura neurótica de personalidade; Formato do Tratamento: 1 sessão semanal num total de 4 a 39 sessões com uma M de 20 sessões; Perdas: 3 pacientes no seguimento de 2 anos e 3 pacientes no seguimento de 5 anos; Terapeutas: Especializados e supervisionados; Conceito de Psicoterapia: Sifneos (1979), Malan (1976).	No seguimento de 2 anos, 31% dos pacientes obtiveram um alto escore de resultados positivos nas variáveis dinâmicas, e 67% em alívio de sintomas; no seguimento de 5 anos, houve um aumento nos escores positivos e as mudanças alcançadas no primeiro seguimento se mantiveram; a habilidade de se relacionar com outras pessoas se correlacionou positivamente com o resultado nos dois seguimentos; nenhum paciente obteve escores piores ao final do seguimento em relação ao início da psicoterapia.
Thompson; Gallagher; Breckenridge, (1987)	Comportamental (25) Cognitiva (27) Psicodinâmica Breve (24) Controle (19)	Delineamento: Ensaio clínico randomizado aberto controlado; População: Idosos com Depressão Maior; Formato do Tratamento: 2 sessões semanais por 1 mês; e após, 1 sessão semanal, num total de 16 a 20 sessões; Perdas: 4 em terapia comportamental, 10 em terapia cognitiva e 4 em terapia psicodinâmica breve; Terapeutas: Especializados, treinados e supervisionados; Conceito de Psicoterapia: Horowitz & Kaltreider (1979)	A melhora do grupo tratado foi maior que a do grupo controle; uma porcentagem de 52% da amostra obteve remissão da depressão logo após o tratamento; uma porcentagem de 18% da amostra obteve melhora parcial significativa logo após o tratamento; não houve diferença significativa entre as três modalidades de tratamentos; não houve avaliação de seguimento.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média; DP = Desvio Padrão.

Continuação da Tabela 1- Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 80

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Marmar et al. (1988)	Psicoterapia Dinâmica Breve (31) Grupo de auto-ajuda (30)	Delineamento: Ensaio clínico randomizado aberto; População: Mulheres que buscaram tratamento após a morte do marido; Formato do Tratamento: 1 sessão semanal, num total de 12 sessões; Perdas: 3 pacientes em cada grupo; Terapeutas: Experientes (M de 9,3 anos) Conceito de Psicoterapia: Mann (1973), Malan (1976), Sifneos (1979) e Horowitz & Kaltreider (1979)	As mulheres em ambos os grupos experienciaram redução em estresse específico e sintomas gerais bem como melhora no funcionamento social e laboral. Ao comparar os grupos de pacientes que completaram a maioria das sessões, os tratamentos se mostraram igualmente efetivos.
Brom; Kleber; Defares (1989)	Desensibilização (31) Hipnoterapia (29) Psicodinâmica (29) Controle (23)	Delineamento: Ensaio clínico não randomizado aberto controlado; População: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Formato do Tratamento: M de 15,0 sessões de desensibilização (DP: 2,9), 14,4 sessões de hipnoterapia (DP: 1,4) e 18,8 de terapia psicodinâmica (DP: 2,6); Perdas: 12; Terapeutas: Treinados e experientes (>10 anos); Conceito de Psicoterapia: Horowitz (1976).	Houve melhora clinicamente significativa em 60% dos pacientes tratados e em 26% dos não tratados; a diferença geral nos resultados entre as terapias foi pequena; a terapia psicodinâmica apresenta um impacto mais precoce na dimensão evitação, em relação à intrusão, em comparação com as outras terapias. Os pacientes foram avaliados após o tratamento e em um seguimento de 3 meses.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média; DP = Desvio Padrão.

Anos 90

Um estudo representativo desta década de investigação foi o realizado no programa em psicoterapia breve do *Beth Israel Medical Center* (HELLERTEIN et al.,1998), que compara várias abordagens de psicoterapia. A finalidade deste estudo prospectivo randomizado, nesta etapa de pesquisa, foi investigar a eficácia da psicoterapia breve de apoio - BSP comparada com a psicoterapia psicodinâmica de curta duração - STDP para pacientes com Transtorno de Personalidade. Vinte e cinco pacientes, tratados com BSP, e 24 com STDP, fizeram parte da pesquisa. Ambas as terapias seguiram um manual com, no máximo, 40 sessões e foram videogravadas. Trinta e dois terapeutas participaram do estudo, 11 trabalhando BSP e 23 com STDP (2 terapeutas administraram ambas as terapias). Os instrumentos (*Checklist*-9-SCL-90-R GSI, o inventário de problemas interpessoais-IIP, *Patient-rated Target Complaints* – PTC, *Working Alliance Inventory* -WAI) foram aplicados no início, no meio do tratamento (20 sessões), no final e no *follow-up* de 6 meses pós término. O índice de perdas não diferiu, estatisticamente, entre os grupos: 10/25 (40%) de STDP e 7/24 (29%) de BSP. Comparando os dados no início com a terminação houve um decréscimo significativo na severidade do PTC, SCL-90 e IIP para BSP e, um decréscimo significativo do PTC e SCL-90 para STDP. Não houve significância no decréscimo do IIP para a STDP. Graus similares de melhoria foram encontrados em BSP e em STDP, na terminação e no *follow-up* de 6 meses.

No Brasil, destacamos o estudo de Romaro (1999), que avaliou a psicoterapia breve dinâmica em pacientes encaminhados ao Serviço de psicoterapia do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com transtorno de personalidade borderline. O delineamento utilizado na investigação foi estudo de caso. Foi realizada uma triagem com 24 pacientes, através da SCID-II da Avaliação Multiaxial do DSM-IV (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSSOCIATION*, 1995) e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Destes, apenas 7 preencheram os critérios de inclusão e realizaram a psicoterapia breve (12 sessões). Tanto a triagem como a psicoterapia breve foram conduzidas pela autora da pesquisa. Duas entrevistas de resultado, uma semana e seis meses após o término do tratamento foram realizadas. A aplicação das escalas no seguimento foi realizada por uma psicóloga treinada e analisada por dois experientes psicoterapeutas, que funcionaram como juízes. De um modo geral, os pacientes apresentaram uma

resposta positiva à psicoterapia com a manutenção de um vínculo terapêutico, exceto uma paciente, que interrompeu após a primeira sessão. Todos os pacientes, independentemente da mudança na classificação do nível adaptativo, mostraram alterações variadas em seus recursos adaptativos: apresentando percepção da iminência da crise e a necessidade de auxílio terapêutico. Os aspectos estruturais dos pacientes não sofreram alterações, permanecendo o equilíbrio fragilizado, que pode romper-se em situações difíceis e levar a idéias suicidas. O que se alterou foi a possibilidade do reconhecimento de alguns aspectos da personalidade, como potencialidades e limitações, percepção de descontrole, busca em evitá-lo e, quando não possível, uma administração melhorada dos danos.

Hoglend, em 1993, publicou uma série de três artigos relatando as descobertas do chamado *"The Norweigan psychotherapy study"* (HOGLEND et al., 1993; HOGLEND, 1993a; HOGLEND, 1993b) um estudo de psicoterapia psicodinâmica, definida pelo autor como de moderada duração (9 a 53 sessões), com 45 pacientes apresentando distúrbios moderados (média na GAF de 62) que foram comparados com uma subamostra já existente de 15 pacientes com transtorno de personalidade. Os pacientes foram tratados por experientes psiquiatras psicodinâmicos usando manual baseado nos trabalhos de Malan (1976) e Sifneos (1979). Os resultados mostraram que os pacientes com transtorno de personalidade (TP) mudaram menos no final e no seguimento do tratamento (dois anos depois), do que o outro grupo de pacientes. No entanto, quatro anos após a terapia, não havia diferença significativa entre o grupo com transtorno de personalidade e o restante da amostra. Considerando unicamente o grupo de pacientes com TP, eles possuíam uma significativa diferença na correlação do grau de insight e número de sessões, no seguimento de 2 anos e no grau de mudança dinâmica e o número de sessões 4 anos após o término. Os dados mostram uma tendência na direção de que a melhora ocorre após 30 sessões de tratamento.

Na Tabela 2, apresentamos 4 pesquisas relevantes neste período de tempo.

Tabela 2:
Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 90

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Garner et al. (1993)	Terapia Cognitivo-comportamental - TCC (30) Expressiva-suportiva (30)	Delineamento: Ensaio Clinico Randomizado População: Bulimia Nervosa; Formato do Tratamento: 18 sessões durante 4 meses; Perdas: 5 em cada grupo; Terapeutas: 10 experientes terapeutas (5 mestres e 5 Ph.D) Conceito de Psicoterapia: Luborsky (1984)	Ambos os tratamentos levaram a uma melhora significativa nos sintomas do transtorno alimentar, nos distúrbios psicossociais e no comer excessivo. A TCC foi ligeiramente superior em reduzir o vômito auto-induzido: 36% dos pacientes em terapia cognitivo-comportamental e 12% em terapia expressiva-suportiva deixaram de vomitar no último mês de tratamento. A TCC foi significativamente mais efetiva na melhoria das atitudes no comer, peso, depressão, auto-estima, angústia e certos traços de personalidade. Pacientes foram reavaliados em seguimento de 3, 6 e 12 meses
Gallagher-Thompson e Steffen (1994)	Cognitivo-Comportamental (36) Psicodinâmica breve (30)	Delineamento: Ensaio Clínico Randomizado Aberto População: Cuidadores deprimidos de familiares idosos inválidos; Formato do Tratamento: Total de 16 a 20 sessões; Perdas: 5 na Cognitivo-Comportamental e 9 na psicodinâmica; Terapeutas: Experientes; Conceito de Psicoterapia: Mann (1973) modificada para idosos: Rose & Del Maestro (1990)	71% dos cuidadores deixaram de estar clinicamente deprimidos de acordo com os critérios do *research diagnostic criteria (RDC)*. Não houve diferença entre os dois tipos de tratamentos. Os pacientes que eram cuidadores recentes demonstraram melhora com psicoterapia psicodinâmica e aqueles que eram cuidadores há pelo menos 44 meses demonstraram melhora com terapia cognitivo-comportamental. Os cuidadores foram seguidos por 3 e 6 meses.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados.

Continuação da Tabela 2- Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 90

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Winston et al. (1994)	Psicoterapia adaptada breve (30) Psicoterapia psicodinâmica breve (25) Lista de espera (26)	Delineamento: Ensaio clínico randomizado aberto controlado; População: Transtorno de Personalidade; Formato do Tratamento: 1 sessão por semana, em M 9 meses, e com uma M de 40.3 sessões (DP:8.6); Perdas: 4 não iniciaram e 8 abandonaram; Terapeutas: Experientes (M de 11.6 anos), treinados com manuais e supervisionados; Conceito de Psicoterapia: Mann (1973), Malan (1976), Sifneos (1979) e Davanloo (1980).	Melhora significativa em escalas de sintomas e de funcionamento social após o tratamento e no seguimento em 1 e 6 meses nos dois grupos em terapia, comparados à lista de espera; não houve diferença significativa nos resultados dos dois grupos em terapia.
Piper et al. (1998)	Interpretativa (72) Suportiva (72)	Delineamento: Ensaio clínico randomizado aberto; População: Diagnósticos variados: 72,9% com algum em Eixo I e 60,4% com algum em Eixo II; Formato do Tratamento: Total de 20 sessões; Perdas: 27; Terapeutas: Experientes (M de 11.8 anos e DP: 4.9, variando de 3–19 anos) e guiados por manuais; Conceito de Psicoterapia: Lambert & Anderson (1996).	Os pacientes melhoram nas duas formas de tratamento e não diferiram nos resultados entre os grupos; uma interação do efeito multivariado indica uma relação direta entre a qualidade das relações objetais e resultados para terapia interpretativa e quase nenhuma relação para terapia suportiva. O efeito multivariado principal indica uma relação direta entre a *psychological mindedness* e o resultado das duas formas de tratamento. Os resultados foram avaliados após o tratamento e em 6 e 12 meses de seguimento.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média; DP = Desvio Padrão.

Anos 2000

Nos anos 2000, ocorre um maior interesse em pesquisar sobre as psicoterapias psicanalíticas, principalmente as psicoterapias breves, que, por sua duração limitada, facilitam a realização da pesquisa. Os números de publicações de pesquisas aumentam de uma forma significativa.

Destacamos o estudo naturalístico para transtorno do pânico, realizado por Ablon e Levy (Apud, FONAGY, 2002) pelo programa de pesquisa do Hospital geral de Massachusetts e da escola de Medicina de Harvard. Da amostra de trinta pacientes, com diagnóstico de transtorno de pânico, 12 já haviam sido avaliados e fazem parte da comunicação de resultados, referidos por Fonagy (2002). Foram usados múltiplas medidas para avaliar os resultados de tratamento, e o processo é avaliado pelo *Psychotherapy Process Q-set* (PQS). Os resultados preliminares, medidos pelo paciente, pelo psicoterapeuta e por experts independentes, indicam que a psicoterapia psicodinâmica breve produz mudança estatisticamente significativa. No início do tratamento, os pacientes se caracterizavam por moderados níveis de sofrimento, durante o ataque, e deterioração no funcionamento diário. Na terminação, o nível de sofrimento, nestas áreas, passou para leve, e a intensidade e freqüência do ataque diminuíram. Os pacientes referiram extrema satisfação com seus tratamentos e benefícios nas suas relações interpessoais. Posteriormente, será feita a comunicação com os resultados dos 30 pacientes e serão acrescentados os dados de personalidade e processo. Para Fonagy (2002), apesar de ser um importante estudo por envolver investigação de resultado e processo, ele apresenta limitações por não incluir um grupo controle.

Na América Latina, é relevante mencionar duas investigações. A primeira, desenvolvida no Instituto Agora, de Montevideo-Uruguai (tendo início em 1993), sobre processo e resultado em psicoterapia psicodinâmica focal (BERNARDI et al, 1995). Apresentamos os dados do informe de pesquisa que analisa os resultados obtidos na amostra de 2000 (MONTADO et al 2000, MONTADO, 2001). Os pacientes que fizeram parte do estudo receberam atendimento, em média, de 20 sessões, sendo uma parte em momento de crise; 875 eram mulheres com idade média de 37 anos, e 44% com tratamento psiquiátrico ou psicológico anterior.

As queixas mais freqüentes para busca de tratamento, na pesquisa, foram os problemas conjugais, familiares e no emprego. Os terapeutas eram psicólogos treinados em psicoterapia focal, supervisionados por profissionais experientes; a maioria com experiência média de 5 anos, e 26% deles não haviam tido experiência ativa como terapeutas. Antes de iniciar a psicoterapia e após 8 meses (em média) do término, os pacientes preencheram o SCL-90R (*Symptom checklist*). No seguimento, os pacientes foram entrevistados e preencheram um questionário adaptado do "*Howard's Generic Model*". Por sua vez, os terapeutas, no término da terapia preenchiam um questionário semelhante ao dos pacientes. Os resultados encontrados foram: 82% dos terapeutas e 94% dos pacientes mostraram-se satisfeitos com o resultado, variando o grau de satisfação de moderado a extremo, e o melhor preditor de resultado de tratamento foi a capacidade do terapeuta em estimular a aliança terapêutica.

Em 2001, Montado publica um comparativo dos resultados de tratamento dos pacientes que, realizaram psicoterapia focal do Instituo Agora, nos anos de 1994, 1998 e 2000. Analisando os motivos de busca de tratamento nas três amostras, os problemas conjugais e os conflitos familiares estão em primeiro e segundo lugar, havendo um aumento de problemas no trabalho como desencadeante para procura de tratamento na amostra de 2000. É observado um aumento no número de psicoterapeutas que, avaliaram de forma positiva e significativa, o resultado de tratamento, bem como uma crescente tendência com respeito à melhora positiva e significativa na avaliação de resultados tanto de psicoterapeutas como de pacientes.

A segunda investigação foi desenvolvida por De La Parra e Islã (DE LA PARRA, 2005), que avaliaram o Manual de Strupp e Binder de psicoterapia psicodinâmica de tempo limitado em relação a sua capacidade de treinar terapeutas inexperientes, medindo também o efeito destas terapias sobre os pacientes. Apenas 1/3 dos 27 pacientes que iniciaram o estudo terminou seu processo (duração media de 20 a 25 sessões). Destes, nove pacientes mostraram melhora significativa, segundo os diversos instrumentos utilizados: escalas de angústia, de depressão e níveis de funcionamento. O número de perdas neste estudo foi bastante significativo, o que, em nossa opinião, impõe cautela no uso dos resultados encontrados. Podemos supor, também, que o fato do objetivo principal da pesquisa não ser

avaliação de resultados possa ter trazido limitações ao estudo quanto ao uso específico deste dado.

No Brasil, destacamos as pesquisas em psicoterapia breve, conduzidas pelo grupo de pesquisa coordenado por Yoshida. Apresentamos os dados da pesquisa publicada pela autora em 2000, que investigou as mudanças adaptativas e no funcionamento defensivo dos pacientes submetidos à psicoterapia psicodinâmica breve. Quatro pacientes do sexo feminino participaram do estudo, sendo atendidos em psicoterapia breve por psicólogos do terceiro ano de formação em psicoterapia breve de uma instituição formativa.

Todas as sessões foram gravadas e transcritas. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO revisado) e o *Defensive Mechanism Rating Scales* (DMRSs). Os juizes para avaliação do EDAO foram duas psicólogas com 19 anos de experiência e para o DMRSs, seis psicólogos, entre um ano e meio de experiência organizados em duplas. Foram avaliadas as três primeiras sessões, uma do meio e as duas últimas. Os resultados mostraram que uma adaptação moderada ou severa, quando associada a um funcionamento defensivo global de tipo neurótico, possibilita maior probabilidade de mudança em psicoterapia do que quando o funcionamento defensivo é caracterizado como narcísico.

Outra investigação brasileira, publicada em 2001, foi sobre a eficácia da psicoterapia breve operacionalizada, de orientação psicanalítica, com pacientes com hipertensão essencial, desenvolvida por Oliveira. A amostra foi composta por cinco pacientes com quadro hipertensivo primário que recebiam acompanhamento clínico no hospital escola da FUABC - Faculdade de Medicina do ABC. Os pacientes foram atendidos no ambulatório da cardiologia do hospital, perfazendo um total de 10 sessões. Todos foram tratados, em psicoterapia, pela autora da pesquisa; há 14 anos formada e com especialização em psicoterapia breve, supervisionada por profissional experiente. Os instrumentos utilizados, na investigação, por Oliveira (2001) foram: EDAO e o Teste de Relações Objetais (TRO). A análise dos resultados foi feita individualmente. O primeiro sujeito mostrou alterações muito sutis na análise do TRO e obteve um total de 4 pontos nos dois momentos do diagnóstico operacionalizado; porém apesar de não haver alteração neste aspecto, houve melhora significativa no quadro inicial apresentado pelo paciente. A segunda

paciente obteve uma mudança significativa de grupo diagnóstico, passando do grupo 4 (sintomas neuróticos limitantes, inibições restritivas e rigidez de traços caracteriológicos) para o grupo 2 (sintomas neuróticos brandos); e no TRO foram encontradas defesas do tipo repressão, que justificam o sintoma de hipertensão. A terceira paciente apresentou alteração na classificação adaptativa, passando de ineficaz severa para ineficaz moderada; e no TRO foi encontrada defesa primitiva, como repressão, negação e identificação projetiva. A quarta paciente evoluiu do grupo 5 para o grupo 4 na classificação adaptativa, e no TRO, apresentou uso de defesas próprias da posição esquizo-paranóide. A última paciente foi a mais comprometida e não alterou a classificação adaptativa, e os resultados do TRO também confirmaram estes dados através da rigidez das histórias relatadas. A autora entende que, de uma maneira geral, os pacientes, após o tratamento, obtiveram uma melhora na eficácia adaptativa.

É de relevância mencionar, ainda, no Brasil, a pesquisa de resultados conduzida por Azevedo (2005), no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Bauru-SP, cujo objetivo principal além de atender a comunidade em psicoterapia breve, era proporcionar treinamento nesta técnica aos estagiários de psicologia. Vinte e sete estudantes de psicologia, em treinamento com supervisão, realizaram psicoterapia breve psicodinâmica com 36 pacientes, selecionados a partir da lista de espera do Centro, e que apresentassem características de personalidade que lhes permitissem o aproveitamento do tipo de psicoterapia proposto. O tratamento foi limitado a 25 sessões, na freqüência de duas vezes por semana. Os instrumentos utilizados foram: Avaliação clínica do caso (realizada pelo estudante/psicoterapeuta e o grupo de supervisão), Questionário de Saúde Geral - Goldberg (aplicado antes e depois do tratamento) e avaliação do próprio paciente através do Questionário de avaliação subjetiva (organizado pelo autor do estudo). Trinta e um pacientes completaram o tratamento, e cinco interromperam. A avaliação clínica mostrou que 27 pacientes apresentaram melhoras moderadas a acentuadas, 2 tiveram melhora discreta e 2 não melhoraram. O Questionário de Saúde Geral mostrou que 19 pacientes apresentaram melhora discreta a acentuada, e 12 não apresentaram melhora. Trinta pacientes, através do Questionário de Avaliação Subjetiva, avaliaram positivamente a sua psicoterapia; e apenas um, de forma negativa. O autor conclui que, embora com tempo e objetivos

limitados, a psicoterapia beneficiou muitos dos pacientes atendidos e proporcionou um treinamento importante aos estudantes.

Na Tabela 3, apresentamos 14 pesquisas significativas no período.

Tabela 3:
Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Milord et al. (2000)	Psicodinâmica (14)	Delineamento: Ensaio Clínico Aberto Não-controlado; População: Transtorno do Pânico; Formato do Tratamento: 2 sessões semanais, total de 24 sessões, com duração de 12 semanas; Perdas: 3; Terapeutas: Psicanalistas graduados e treinados; Conceito de Psicoterapia: Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy.	Dos 14 pacientes que completaram o tratamento, 13 apresentaram remissão, definida como uma redução em mais de 50% do escore basal na escala *Panic Disorder Severity* e estado livre de sintomas de pânico por 3 semanas; dos 10 pacientes que seguiram o acompanhamento por 40 semanas, 9 apresentaram remissão sustentada.
Dare et al. (2001)	Psicanalítica Focal (12) Familiar (16) Analítica-Cognitiva (13) Consulta Clínica de Rotina (13)	Delineamento: Ensaio Clínico Randomizado Aberto Controlado; População: Anorexia Nervosa; Formato do Tratamento: Psicanalítica: 1 sessão semanal por 1 ano com M de 24,9 (DP: 13,0); Familiar: 1 sessão a cada 1 a 3 semanas com M de 13,6 (DP: 8,6); Analítica-cognitiva: 1 sessão semanal com M de 12,9 (DP: 7,0); Consulta clínica: M de 10,9 (DP: 0,5) sessões no período de 1 ano; Perdas: 1 morte e 22 não completaram o seguimento; Terapeutas: Experientes e supervisionados; Conceito de Psicoterapia: Dare (1995); Dare e Crowther (1995).	Após 1 ano de tratamento, houve melhora sintomática em todo o grupo de pacientes. Porém, esta melhora foi modesta, com diversos pacientes permanecendo significativamente subnutridos no seguimento. A psicoterapia psicanalítica e a terapia de família foram significativamente superiores ao grupo controle do atendimento clínico de rotina. A terapia analítico-cognitiva teve uma tendência a mostrar alguns benefícios. Os pacientes foram avaliados após o tratamento e no seguimento de 1 ano.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média; DP = Desvio Padrão.

Continuação da Tabela 3- Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 2000

Autor (Ano)	*Grupos (n)*	*Características do Estudo*	*Resultados encontrados no Estudo*
Junkert-Tress et al. (2001)	Dinâmica breve (75)	Delineamento: Naturalístico; População: Transtorno Personalidade (somatoforme ou neurótico; Formato do Tratamento: total de 25 sessões; Perdas: 12; Terapeutas: Experientes, com manual e supervisionados; Conceito de Psicoterapia: Strupp & Binder (1984).	Diminuição dos sintomas e melhora no funcionamento nos três grupos ao término, sendo que estes ganhos foram mais marcados no grupo dos pacientes com transtorno somatoforme. Manutenção dos ganhos em boa parte no seguimento (6 meses,1, 2 e 5 anos).
Abass (2002)	Dinâmica breve (80)	Delineamento: Ensaio Clínico Aberto Não-Controlado População: Variada: 52% c/ transtorno de personalidade e 42,7% c/ depressão maior; Formato do Tratamento: 1-58 sessões, Média = 14.9 (DP: 15.2); Perdas: 9 não completaram as avaliações; Terapeutas: Não consta; Conceito de Psicoterapia: Davanloo (1980).	Diversos questionários de sintomas e de funcionamento auto-aplicáveis passaram de escores alterados para escores normais; média dias/hospitalização baixou de 9.8 para 3.4 dias/ano, em relação ao ano anterior; redução significativa no uso de medicações; 82% dos desempregados voltaram a trabalhar.
Burnand et al. (2002)	Psicoterapia psicodinâmica combinada com Clomipramina (35) Clomipramina apenas (39)	Delineamento: Ensaio Clínico Randomizado Aberto Controlado; População: Depressão Maior; Formato do Tratamento: Duração de 10 sem; Perdas: 12 no tratamento combinado e 9 no tratamento com clomipramina; Terapeutas: Treinados e com manuais; Conceito de Psicoterapia: Não consta.	Melhora marcada nos dois grupos; tratamento combinado associado a: menor falha de tratamento, melhor adaptação ao trabalho em 10 semanas, melhor funcionamento global, menores taxas de hospitalização na alta. Economia de $2.311,00 dólares por paciente no tratamento combinado, associada a menores taxas de internação e menor dias de trabalho perdidos.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média; DP = Desvio Padrão

Continuação da Tabela 3- Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Cooper and Murray (2003)	Aconselhamento não-diretivo (42) Terapia Cognitivo-comportamental (41) Terapia psicodinâmica (40) Controle= Rotina de cuidados primários (48)	Delineamento: Ensaio clinico controlado randomizado População: Depressão pós-parto Formato do Tratamento: 1 sessão por semana de 8 a 18 semanas após o parto; Perdas: 3 recusas após o conhecimento do tratamento a ser recebido e 13 abandonaram em 4 sessões ou menos Terapeutas: 6 terapeutas supervisionados: 1 especialista em cada uma das três formas de tratamento, 3 não especialistas Conceito de Psicoterapia: Cramer et al. (1990) e Stern (1995)	Avaliações foram feitas imediatamente após o término do tratamento e 4,5,meses, 9 meses, 18 meses e 5 anos pós-parto por um assessor cego quanto ao tratamento recebido pela paciente.Comparado com o controle, todos os três tratamentos tiveram um impacto significativo em 4.5 meses no humor materno (Escala de depressão pos-natal de Edimburgo, EPDS). Somente a terapia psicodinâmica produziu uma taxa da redução na depressão (entrevista clínica estruturada para DSM-III - R) significativamente superior àquela do controle. Os tratamentos melhoram o humor materno em período curto, não maior que 9 meses pós-parto. O benefício não é superior à remissão espontânea no prazo. O tratamento não reduziu episódios subseqüentes.
Hilsenroth et al. (2003)	Psicoterapia Psicodinâmica (21)	Delineamento: Naturalístico; População: Transtorno depressivo; Formato do Tratamento: 1 ou 2 sessões semanais por M = 7 meses e M = 30 sessões; Perdas: 4 abandonos e 2 exclusões; Terapeutas: Em treinamento, com uso de manuais e supervisionados; Conceito de Psicoterapia: Diversas técnicas.	Todas as áreas de funcionamento acessadas exibiram significativas e positivas mudanças, com grande efeito estatístico; grande melhora dos sintomas depressivos; uma ligação significativa e direta entre o processo/resultado e a técnica do terapeuta e mudanças nos sintomas depressivos foram observadas.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média.

Continuação da Tabela 3- Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Svartberg, Stiles e Seltzer (2004)	Psicoterapia Dinâmica (25) Terapia Cognitiva (25)	Delineamento: Ensaio clínico randomizado aberto controlado; População: Transtorno de Personalidade do Cluster C; Formato do Tratamento: 1 sessão semanal com um total de 40 sessões; Perdas: 1; Terapeutas: Experientes, treinados, guiados por manuais e supervisionados; Conceito de Psicoterapia: McCullough Vaillant's (1997).	O grupo geral mostrou, em média, uma melhora significativa e comparável entre os grupos em escalas de sintomas e problemas interpessoais, durante o tratamento e em 2 anos de seguimento; mudanças significativas em escalas do sofrimento, após o tratamento, foram encontradas no grupo de psicoterapia dinâmica, mas não no grupo em terapia cognitiva; após 2 anos, 54% dos pacientes em psicoterapia dinâmica e 42% dos paciente em terapia cognitiva se recuperaram sintomaticamente, e por volta de 40% dos pacientes em ambos os grupos se recuperaram em termos de problemas interpessoais e funcionamento da personalidade.
De Jonghe et al. (2004)	Psicodinâmica Suportiva (106) Psicodinâmica Suportiva combinada com antidepressivo (85)	Delineamento: Ensaio Clínico Randomizado; População: Depressão Maior leve e moderada; Formato do Tratamento: 16 sessões ao longo de 6 meses; Perdas: 33 pacientes se recusaram a iniciar os tratamentos; Terapeutas: Supervisionados; Conceito de Psicoterapia: Werman (1984), Strupp & Binder (1984), Rockland (1989) e De Jonghe (1994).	Ambos os tratamentos foram eficazes em reduzir os sintomas depressivos. A vantagem da psicoterapia combinada com antidepressivos à psicoterapia sozinha demonstrou não ser significativa. Foi realizado seguimento de 6 meses.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados

Continuação da Tabela 3- Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Muran et al. (2005)	Psicoterapia dinâmica PP (22) Terapia Cognitivo Comportamental TCC (29) Terapia Relacional breve TRB (33)	Delineamento: Ensaio Clínico Randomizado Aberto; População: Transtorno de personalidade; Formato do Tratamento: 1 sessão semanal , total = 30; Perdas: 19 na PP, 17 na TCC e 8 TRB; Terapeutas: Com formação variada com uma M de 4,77 anos (DP: 7,50), treinados e com manuais; Conceito Psicoterapia: Luborsky (1984), Strupp e Binder (1984)	Igual efetividade nos três grupos de tratamento em análises estatísticas padrão; algumas diferenças significativas foram indicadas em relação à mudança clínica significativa e à mudança confiável, favorecendo a terapia relacional breve e os modelos cognitivo-comportamentais; diferença significativa em relação às taxas de abandono, favorecendo a terapia relacional breve. Houve um seguimento de 6 meses.
Maina Forner e Bogetto (2005)	Terapia dinâmica breve (10) Psicoterapia suportiva breve (10) Lista espera (10)	Delineamento: Ensaio Clínico Randomizado Aberto Controlado; População: Distimia, transtornos depressivos e de ajustamento com humor depressivo; Formato do Tratamento: 1 sessão semanal (T= 15-30) Perdas: Nenhuma Terapeutas: Psiquiatras treinados; Conceito de Psicoterapia: Malan (1976).	Melhora significativa nos dois grupos de abordagens psicoterápicas ao final do tratamento em comparação com o grupo em lista de espera; a terapia dinâmica breve foi a mais efetiva no seguimento de 6 meses.
Hersoug, Bogwald e Hoglend (2005)	Terapia Psicanalítica (39)	Delineamento: Naturalístico; População: Transtornos depressivo, ansiosos e de personalidade; Formato do Tratamento: M = 35 sessões, Máximo = 40; Terapeutas: Experientes (M=10 anos) com manuais e supervisionados; Conceito de Psicoterapia e Perdas: Não consta.	A proporção de defesas maladaptativas dos pacientes foi reduzida; uma maior proporção de interpretações foi associada com menor uso de defesas mal-adaptativas após a terapia, o uso da interpretação não foi preditivo de mudança no funcionamento defensivo adaptativo; o uso de intervenções de suporte não alterou o desenvolvimento das defesas.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média; DP = Desvio Padrão

Continuação da Tabela 3- Pesquisas de tratamentos de curta duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Vinnars et al. (2005)	Psicoterapia suportiva-expressiva (PSE) (68) Psicoterapia oferecida na comunidade (POC) (60)	Delineamento*:* Ensaio clínico randomizado aberto não-controlado; População*:* Transtorno de personalidade; Formato do Tratamento: 1 sessão sem., por 1 ano e com M de 26,2 sessões (DP: 15,2) para PSE e M de 28,0 sessões (DP: 23,7) para PCO. Não havia duração definida para POC; Perdas: 12 em PSE e 16 em POC; Terapeutas: Experientes e supervisionados. Conceito de Psicoterapia*:* Luborsky (1984).	Em ambos os tratamentos, o nível global de funcionamento melhorou e houve uma diminuição na prevalência de pacientes preenchendo critérios para o diagnóstico de transtorno de personalidade, na gravidade dos transtornos de personalidade e nos sintomas psiquiátricos; não houve diferença de efeito entre os tratamentos; durante o seguimento de 1 ano, pacientes que receberam PSE realizaram menos visitas aos centros de saúde mental.
Stiles et al. (2006)	Terapia Cognitiva e/ou comportamental (298) Terapia centrada no paciente (332) Terapia psicodinâmica (122) Técnicas combinadas (557)	Delineamento: Naturalístico; População: Problemas psicológicos variados; Formato do Tratamento: Número médio de 5 à 62 sessões; Perdas: 6.941 não compareceram para avaliação ou apresentaram dados incompletos e terapeutas de 359 pacientes não completaram os formulários; Terapeutas: Não consta; Conceito de Psicoterapia: Não consta.	Todos os grupos de tratamento atingiram uma melhora importante (pré-pós tamanho de efeito:1,36). Comparativamente, a efetividade dos tratamentos puros foi significativa em relação aos tratamentos combinados, porém pequena. Não houve seguimento.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = média; DP = Desvio Padrão.

2.3 PESQUISAS DE RESULTADOS DE PSICOTERAPIA DE LONGA-DURAÇÃO

Antes dos anos 80, as pesquisas em psicoterapia psicanalítica se caracterizaram, principalmente, pelo predomínio dos informes estatísticos. A partir de 1950, de acordo com Wallerstein (2005), é que se iniciam pesquisas que empregam instrumentais, indo além da simples contagem estatística.

Anos 80

A partir dos anos 80, a pesquisa em psicoterapia psicanalítica foi marcada pelo estudo de resultado e do processo psicoterapêutico, no intuito de explicitar os fatores para a efetividade ou não da psicoterapia.

O projeto *Penn Psychotherapy* da Universidade da Pensilvânia, coordenado por L. Luborsky, apesar de ter iniciado em 1968, é representativo das publicações desta década (LUBORSKY e CRITS-CHRISTOPH, 1988). Os objetivos do projeto foram: identificar fatores pré-tratamento do paciente e do terapeuta que influenciam o resultado do tratamento; identificar fatores preditivos; avaliar o êxito das predições e compreender melhor a natureza da psicoterapia psicanalítica. Os pacientes (n=73) foram avaliados antes e depois do tratamento e foi realizado um seguimento de sete anos.

A avaliação foi realizada pelo próprio paciente, pelo terapeuta e por um clínico independente. Os resultados foram: a maioria dos pacientes que seguem a psicoterapia com mais de cinco sessões obtêm benefícios (22% grande melhora, 43% melhora moderada; 27% alguma melhora, 7% sem mudanças e 1% piora); as mudanças produzidas implicam diminuição da freqüência e intensidade do padrão conflitivo relacional, mas não um total esbatimento; a melhora alcançada tende a manter-se, apesar da possibilidade de um ligeiro declínio; e a aliança terapêutica é apontada como um preditor do desfecho do tratamento. Avaliando o projeto de uma forma ampla, as contribuições desta investigação são de grande importância para a psicoterapia psicanalítica. Podemos destacar, ainda, o desenvolvimento de novos instrumentos de medida (Tema Central de Conflito Relacional - CCRT) e de novos conceitos, como o de

aliança de ajuda tipo um (expectativa do paciente de que o terapeuta o apóie e seja útil) e dois (correspondente à aliança terapêutica tradicional).

Em publicações seqüenciais no ano de 1985 (BACHRACH; WEBER; SOLOMON, 1985; WEBER; BACHRACH; SOLOMON, 1985a e 1985b), o projeto de Centro Psicanalítico de Columbia mostrou um estudo prospectivo com 885 pacientes em psicoterapia psicanalítica e 700 em psicanálise, sendo todos tratados pelo mesmo corpo de terapeutas, ou seja, candidatos do Centro Psicanalítico de Columbia, supervisionados. Foram excluídos do estudo os casos considerados com informações incompletas e aqueles cujos juizes independentes tiveram incertezas sobre o resultado. O número total de pacientes, no final do estudo, foi 581: 295 casos de análise terminada, 172 de psicoterapia psicanalítica terminada e 114 casos de psicoterapias para pacientes psicossomáticos, sendo 32 análises e 52 psicoterapias terminadas por razões externas (mudança de cidade ou outra mudança circunstancial de vida). Os dados foram coletados no início e final de tratamento e comparados.

Os resultados demonstraram que: todos os grupos de pacientes obtiveram benefício terapêutico, sendo os casos psicanalíticos com maiores benefícios (principalmente quando as análises continuaram após a formação dos candidatos em sua clínica privada) e os psicossomáticos menores; 43% dos pacientes, considerados por um candidato, adequados para análise, completaram o tratamento com bom benefício terapêutico e foram identificados como tendo sido analisados de acordo com os critérios do projeto. Assim, os resultados desses tratamentos foram marginalmente previsíveis na avaliação inicial. Como mencionado anteriormente, além de os pacientes, selecionados para a psicanálise, atingirem um benefício terapêutico maior, foram avaliados, no início de tratamento, como funcionando em níveis mais elevados do que os pacientes selecionados para a psicoterapia. Foi encontrado, também, que a duração do tratamento estava associada com o benefício terapêutico e a analisabilidade, somente nos casos tratados com psicanálise. Weber et al. (1985) replicaram esta investigação, utilizando 36 casos de análises e 41 de psicoterapia do mesmo Centro Psicanalítico; os resultados confirmaram as conclusões do primeiro estudo. Para Fonagy (2002), as limitações das medidas usadas neste estudo, a falta de comparação

de um grupo controle e a inexperiência dos profissionais que conduziram os tratamentos impõem severas limitações à aplicabilidade dos dados encontrados.

Outro estudo importante foi o Projeto de pesquisa em Psicoterapia da Fundação Menninger (PRP). O PRP foi um estudo prospectivo de psicanálise e psicoterapia de longa duração iniciado nos anos 50 e concluído com a publicação de Wallerstein, em 1986, sobre a história destes pacientes em um período de 30 anos. Foram selecionados para o estudo 42 pacientes (21 para psicanálise e vinte um para psicoterapia psicanalítica (de apoio e expressiva ou insight) através da avaliação inicial regular da clínica Mennninger (avaliação psiquiátrica, testagem psicológica projetiva, história familiar e social obtida com um familiar responsável). Os dados clínicos foram organizados em 28 variáveis do paciente (descrição compreensiva da doença do paciente, organização de caráter e receptividade de tratamento), 7 variáveis situacionais de vida (descrição da vida do paciente), e foi realizada uma síntese do curso e resultado preditos de tratamento; bem como o preenchimento de formulários planejados para testar as expectativas e predições clínicas (estes foram os chamados estudos iniciais pré-tratamento).

Os estudos de término pós-tratamento consistiram nos registro de rotina do tratamento, mais entrevistas com o paciente, o terapeuta, o supervisor da terapia (quando havia) e com outras pessoas de importância na vida e no manejo do paciente (por exemplo: médico do hospital caso houvesse hospitalização), retestagem psicológica cega com a mesma bateria usada no início de tratamento, juntamente com a reavaliação das Variáveis do Paciente (28) e de Vida (7), preenchimento cego para o instrumental, criado para avaliar as predições iniciais de tratamento e para determinar expectativas e predições de consolidação e manutenção das mudanças no período do estudo de seguimento.

A investigação de seguimento consistiu no retorno do paciente (acompanhado de um membro familiar responsável) à Clinica Menninger para uma reavaliação de vários dias, incluindo todos os passos e instrumental do estudo inicial, uma avaliação final das variáveis do paciente, do tratamento e do terapeuta, das variáveis situacionais de vida e

os resultados de todas as predições em relação ao status e funcionamento esperado no seguimento de dois a três anos.

Wallerstein (1986) apresenta as conclusões globais do PRP:

a) no PRP, as mudanças alcançadas pelos pacientes nas terapias mais apoiadoras pareciam tão estruturais quanto as alcançadas nas terapias expressivo-analíticas;

b) a mudança terapeuticamente induzida, será no mínimo, proporcional ao grau de resolução do conflito obtido;

c) a efetiva resolução conflitiva não se mostrou imprescindível para a mudança terapêutica. Portanto, uma variedade de mudanças foi obtida por técnicas mais apoiadoras (no que tange à terapia de apoio até a análise), sendo essas mudanças de difícil distinção das mudanças obtidas por técnicas expressivo-analíticas;

d) as técnicas psicoterapêuticas de apoio, freqüentemente, resultaram muito mais do que, inicialmente, havia sido esperado delas e, muitas vezes obtiveram mudanças indiscutivelmente estruturais, merecendo uma forma mais respeitosa do que a comumente encontrada na literatura;

e) a psicanálise, com os pacientes deste projeto, obteve resultados mais limitados dos que os, originalmente, esperados; talvez devido às características dos pacientes sabidamente mais doentes do que os dos ambientes de prática privada sem internação;

f) as psicanálises como um todo, assim como as psicoterapias foram sistematicamente alteradas para introduzir manejos apoiadores, isto é, continham mais elementos apoiadores do que o pretendido.

g) os resultados de tratamentos da psicanálise, psicoterapia expressiva e de apoio, neste projeto, tenderam a convergir, ao invés de divergir, em resultado.

As críticas ao PRP (FONAGY, 2002; POCH e ÁVILA ESPADA, 1998) giram em torno do número reduzido de pacientes (ao todo 42), da falta de um grupo de controle, da imprecisão de alguns de seus métodos e da dificuldade para a interpretação de seus resultados (por exemplo, dependendo do autor do relato, o estudo parece levar a conclusões completamente diferentes sobre o valor da terapia expressiva para pacientes com transtorno de personalidade borderline). Apesar destas limitações, é

consenso que o PRP foi um marco importante na pesquisa de processo e resultado em psicanálise e psicoterapia.

Destacamos, ainda, nesta década, uma das publicações do chamado “Estudo prospectivo de Heidelberg” (KORDY; VON RAD; SENF, 1989), que analisou a relação entre duração e resultados de tratamento em 209 pacientes com transtornos psicossomáticos e psiconeuróticos. O tratamento psicoterápico teve a duração de, em média, 2,6 anos e 146 sessões. Os dados foram coletados, aproximadamente, seis semanas depois da última sessão da terapia. O código internacional de doenças (CID 9), índices de melhora de sintomas e avaliação da conquista de mudanças dos objetivos realizadas pelos terapeutas, e ainda, os testes de Giessen (Teste de Giessen e Teste de Queixas de Giessen) foram utilizados. Os resultados demonstraram que a relação entre duração do tratamento (número de sessões) e o efeito da terapia pode ser descrita por um modelo de dosagem resposta. De acordo com o estudo a duração de um tratamento de 2,5 anos, com 160 sessões é a mais eficiente. Assim, quanto mais longas e mais intensivas, mais efetivas são as terapias, pelo menos acima de 2-3 anos. Entretanto, para Fonagy (2002), esta interpretação dos resultados é obscurecida pela natureza naturalista do estudo.

2.4 ARTIGO DE REVISÃO[1]

(In press na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul) [2]

HISTÓRIA RECENTE E PERSPECTIVAS ATUAIS DA PESQUISA DE RESULTADOS EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE LONGA DURAÇÃO

Simone Isabel Jung
Ana Paula Fillipon
Maria Lúcia Tiellet Nunes
Claudio Laks Eizirik

INTRODUÇÃO

> ...as grandezas passadas que não consideramos talvez como particularmente importantes, podem, em um tempo que é para nós o futuro, produzir em circunstâncias definidas efeitos importantes. Deste ponto de vista, o passado não é qualquer coisa fria, petrificada, mas uma coisa viva que muda e se desenvolve sem cessar. Heussi[1]

A busca da história de nossa ainda recente trajetória na pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica é fundamental para futuros estudos. De posse da história em pesquisa, poderemos compreender por que e como chegamos até este momento nas investigações psicanalíticas.

O resgate histórico é relevante, pois no próprio círculo psicanalítico, no Brasil [2 3 4 5] e no cenário internacional [6 7 8 9 10]; existem controvérsias sobre possibilidades e limitações da pesquisa em psicanálise e psicoterapia psicanalítica. A discussão entre Wallerstein e Green é uma das mais polêmicas e representativas do que se tem pensado quanto à pesquisa psicanalítica. Wallerstein [7] afirma que é possível produzir pesquisa empírica em psicanálise, isto é, aponta para a possibilidade da utilização dos métodos das demais ciências na pesquisa psicanalítica. Green [6] assinala que a pesquisa empírica em psicanálise é uma ilusão visto que, pelo seu modo de pensar a

[1] Formatado de acordo com as normas da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

[2] Carta de aprovação da Revista (Anexo 1)

psicanálise, não há compatibilidade entre ela e todas as exigências do método científico.

Controvérsias à parte, a avaliação da efetividade dos tratamentos psicanalíticos teve seu início com o próprio Freud, através do estudo de caso único (ainda bastante utilizado na atualidade), no seu trabalho Estudos sobre a Histeria [11].

Wallerstein [12] descreve a existência de quatro gerações de pesquisa de resultados na Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, tanto no que se refere à questão temporal quanto no grau de sofisticação e de complexidade conceituais e metodológicas. A primeira geração (1917 aos anos 1960) é caracterizada pelas contagens estatísticas de resultados em diferentes categorias de pacientes. As pesquisas de segunda geração (1950 aos anos 1980) empregam medidas construídas, escalas para avaliação antes e depois do tratamento e preditores para os resultados. A terceira geração (1950 aos anos 1980), contemporânea à segunda, adiciona o processo terapêutico às medidas de resultado e os estudos de seguimento na fase pós-tratamento. Ainda em desenvolvimento em nossos dias, a quarta geração (1980 ao presente) envolve novas medidas de resultado para a avaliação da estrutura psicológica, da mudança estrutural e do processo terapêutico. Essa geração de pesquisa assegura um novo nível de possibilidades e conhecimento mais preciso dos mecanismos de mudança nas terapias psicanalíticas.

Nosso objetivo, neste artigo, é apresentar uma revisão crítica, não exaustiva, mas que represente uma tentativa de identificar estudos significativos de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração para nossa prática, publicadas no período de 1990 a janeiro de 2006. A delimitação de tempo é baseada no fato deste período concentrar as publicações das chamadas pesquisas de quarta geração que envolve: aprimoramento instrumental, metodológico e direcionamento para estudos de resultado e processo. Pretendemos também descrever o panorama atual da pesquisa de resultado em psicoterapia psicanalítica de longa duração.

Neste estudo, o termo psicoterapia estará designando aquela terapia sistemática, de fundamentação psicanalítica, dirigida para o insight, comumente denominada como psicoterapia psicanalítica, mas que também costuma aparecer com os nomes de psicoterapia expressiva, psicoterapia compreensiva, psicoterapia dinâmica, psicoterapia de orientação (ou base) psicanalítica e psicoterapia dirigida ao insight [13], conduzida face a face (freqüência de uma e no máximo três sessões semanais), sem a utilização de manual, mas, em sua maior parte, supervisionada por profissionais experientes. Os termos terapia psicodinâmica, psicoterapia psicodinâmica e psicoterapia de orientação analítica também serão usados como equivalentes aos expressos acima.

Cada vez mais, nas discussões sobre psicoterapia, os termos psicanalítica e psicodinâmica têm sido usados como sinônimos [14]. De acordo com Schestatsky et al. [15] a manutenção desta variabilidade de denominação para a psicoterapia de orientação analítica é justificada pelo fato de que, assim, aparece na literatura especializada em geral e por expressar a imprecisão conceitual, metodológica, técnica e de objetivos, ainda presentes nas chamadas psicoterapias de “orientação analítica”.

Exceto quando comparada a tratamentos em Psicoterapia Psicanalítica, excluímos artigos que analisaram tratamentos com Psicanálise. Desta forma, sempre que nos referirmos a esta modalidade de tratamento, utilizaremos o termo Psicanálise e em apenas um estudo “terapia psicanalítica” [16], sendo reservada a palavra psicoterapia (psicanalítica, de orientação analítica, psicodinâmica ou dinâmica) para a abordagem de tratamento que dela deriva.

Gabbard [14] propõe como tratamentos de longa-duração, aqueles efetuados com mais de 24 sessões ou mais que seis meses de duração. Leichsenring [17] refere de que na Alemanha tratamentos entre 25 e 50 sessões não são considerados longos. Esforços para definir o que é um tratamento de longa-duração podem ser arbitrários [14] [17], porém, neste estudo, consideramos de longa-duração os tratamentos realizados com duração de um ano ou mais [18] ,ou ainda, com mais que 50 sessões.

Os artigos originais serão apresentados de duas formas - no corpo do texto e em tabelas - na tentativa de facilitar ao leitor a apreciação dos dados levantados. Optamos por descrever, no corpo do texto, as pesquisas; algumas mostradas, também, nas tabelas, realizadas em nosso meio (Brasil e América Latina) e aquelas cujos dados não seriam possíveis apresentar em tabelas por sua extensão, complexidade e por apresentarem mais de um informe da pesquisa.

METODOLOGIA

Para identificar os estudos mais significativos sobre o tema, realizamos uma busca de estudos da literatura através de consulta em base de dados, com as palavras-chave: psicoterapia psicanalítica, psicoterapia dinâmica, psicoterapia psicodinâmica. O material encontrado foi refinado com os termos pesquisa, resultados, efetividade e eficácia, usados um de cada vez.

As bases de dados consultadas foram: IndexPsi, Lilacs, Psique, Banco de Teses Capes, com as palavras-chave em português sem delimitação de tempo; PubMed, onde os termos utilizados foram em inglês e com limite de período (01/01/90 a 31/01/06) e PsycINFO em que usamos as palavras-chave em inglês e limitamos a busca de 1989 a 2006 Part A, devido às peculiaridades desta base de dados.

Apresentamos na tabela 1 o número de artigos encontrados por base de dados em cada palavra-chave. Ao lado deste número, e entre parênteses, estão os números de artigos após o refinamento. Na última coluna, encontra-se o número total de artigos por base de dados.

Tabela 1 – Resultado das Buscas

Bases de Dados	*Psicoterapia Psicanalítica*	*Psicoterapia Psicodinâmica*	*Psicoterapia Dinâmica*	*Total de Artigos*
IndexPsi	123(8)	17(2)	18(3)	13
Lilacs	160(33)	50(22)	80(14)	69
Psique	608(38)	20(0)	55(5)	43
PsyclNFO	1.643(442)	1.197(849)	693(419)	1.710
PubMed	5.622(1.419)	960(765)	597 (430)	2.614
Capes	110 (0)	31 (0)	54 (0)	0

O número significativo de artigos encontrados deve-se ao fato de, neste momento, estarem incluídos estudos de tratamento de duração variada e os repetidos dentro e entre as bases de dados pesquisadas, sem a delimitação de tempo em algumas delas.

Realizamos também, contato via correio eletrônico, com pesquisadores em psicoterapia psicanalítica. Robert Wallerstein [12], Tilman Grande [16], Ricardo Bernardi [19], Guillermo de La Parra [20], J. Brockmann [21], P. Cuevas, Falk Leichsenring [22], David Maldavsky [23], Andrés Roussos [24] e Denise Defey responderam enviando trabalhos ou indicações de artigos.

Dos artigos encontrados, selecionamos os estudos que avaliaram os resultados da psicoterapia de orientação analítica individual ambulatorial em longa duração de pacientes adultos publicados no período de 1990 a janeiro de 2006. Selecionamos também pesquisas que avaliaram simultaneamente tratamentos de curta e longa-duração. Incluímos apenas artigos em português, espanhol e inglês, exceto 5 artigos em alemão. Excluímos: pesquisas exclusivamente com pacientes internados e com tratamento de grupo, estudos que avaliaram predominantemente pacientes psicóticos,

dependentes químicos ativos ou portadores de retardo mental, por serem estas, condições que dificultam a aplicabilidade do método em estudo e pesquisas que investigaram a psicoterapia interpessoal e da psicologia do self, por gerar controvérsias quanto à inclusão nas psicoterapias psicanalíticas.

Este estudo consta de 21 artigos de pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica que, preencheram os critérios de inclusão e exclusão mencionados, e 42 artigos, cujo foco de reflexão contemplou este tema.

Anos 90

A partir da década de noventa, as investigações que, anteriormente, se caracterizavam por buscar os fatores que explicariam a efetividade ou não da psicoterapia psicanalítica passam a incluir o estudo da relação terapêutica, dos descritivos como variáveis e retomam a discussão sobre as diferentes abordagens terapêuticas e a igualdade (ou não) na efetividade destes tratamentos [5].

As pesquisas publicadas por Rudolf [25] e Rudolf et al. [26], no chamado “Estudo de Berlim III A e B”, apesar de terem iniciado na década anterior, são representativas desse período. O Estudo de Berlim III A [25] foi uma investigação multicentro que analisou o processo e o resultado de pacientes com múltiplos diagnósticos, atendidos em ambulatório, duas a três vezes por semana em psicanálise, psicoterapia dinâmica, terapia focal ou grupoterapia, e de pacientes internados em tratamento psicanalítico, que, às vezes, incluía também grupoterapia, gestalt-terapia e terapias não-verbais.

A questão de pesquisa era responder se os tratamentos psicanalíticos (psicanálise e psicoterapia dinâmica), de longa duração e intensivos, de pacientes ambulatórias teriam melhores resultados, comparados com os tratamentos de pacientes internos. Os instrumentos utilizados foram: Código Internacional de Doenças - 8, PSKB (Respostas Mentais e Socio-Comunicativas) para avaliação da mudança global do paciente, FAPK (Questionário para investigação dos aspectos psicossomáticos das

perturbações do paciente) e escalas aplicadas pelos terapeutas para avaliação do prognóstico. Tanto o grupo de pacientes internados como os tratados em ambulatório, mostraram melhora significativa nas escalas de sintomas psíquicos e corporais, traços narcísicos, relacionamentos interpessoais e teste de realidade, sendo todas estas mais evidenciadas no grupo tratado em ambulatório. Uma mudança pronunciada nos sintomas foi encontrada em 83% dos pacientes ambulatoriais em comparação com 50% dos pacientes internados. Pacientes e terapeutas do grupo de tratamento ambulatorial classificaram o sucesso da terapia como maior em relação ao grupo tratado na internação, especialmente no referente à melhora nos sintomas corporais, na ansiedade, no teste de realidade e na capacidade de relacionamento interpessoal; 96% dos pacientes ambulatoriais tiveram tratamentos de sucesso, comparados a 64% dos internados. No seguimento, os pacientes de ambulatório que receberam tratamento psicanalítico de longa duração foram os que apresentaram os melhores resultados, bem como os melhores índices prognósticos, em comparação a todos os outros grupos, incluindo os não tratados. Já o Estudo de Berlim III B [26] teve um desenho naturalístico e comparou três grupos: 44 pacientes tratados com psicanálise, 56 com psicoterapia psicodinâmica e 164 pacientes tratados com psicoterapia psicodinâmica em internação. Usando diferentes medidas de resultado, a pesquisa concluiu que, os pacientes no grupo tratado com psicanálise, obtiveram melhores resultados que os dos outros grupos. O índice de mudança global avaliado pelos terapeutas, nos grupos de psicanálise (96%) e psicoterapia dinâmica (90%) ambulatorial, revelou resultados positivos mais significativos do que o do grupo de pacientes em internação (59%). A satisfação dos pacientes, após 3,5 anos, foi de 96% nos pacientes ambulatoriais e de 65% nos internados. Todos os tratamentos foram associados a uma redução no uso de medicação psicotrópica. As críticas a esses estudos são a não utilização de avaliadores independentes, de randomização e a dificuldade em estabelecer comparações entre os grupos de tratamento, pois os pacientes, em geral, diferem clinicamente e em termos demográficos.

Em 1996, como parte do Estudo naturalístico prospectivo de Heidelberg [27], a pesquisa “Resultados de longa-duração de Psicanálise e psicoterapias psicanalíticas

em pacientes ambulatoriais" apresenta o estudo de 53 entrevistas de seguimento. Dos 33 pacientes tratados com psicoterapia psicanalítica e dos 33 em psicanálise, foi possível contatar 91%, após dois anos do término, e, destes, 77% participaram da pesquisa. Os resultados foram avaliados através de entrevista de seguimento, empregando-se uma metodologia de análise de conteúdo e das respostas às questões do ITG (Escala dos objetivos da terapia individual). Os dados indicaram que 55% da amostra apresentaram boa ou muito boa melhora na auto-imagem, e que 73% dos tratados com psicanálise, e 55,6% daqueles em psicoterapia psicanalítica informaram boa ou muito boa melhora. A inovação posterior deste estudo foi o desenvolvimento de uma medida integrada de resultado, baseada em análise de conteúdo, culminando em um escore total de mudança. Embora, não tenha utilizado um grupo controle, este estudo foi prospectivo e cuidadosamente planejado e implementado [9].

Um segundo informe desse estudo [28] incluiu uma amostra de 208 pacientes em diferentes abordagens: psicoterapia psicanalítica e psicanálise (pacientes ambulatoriais), grupo terapia, tratamento individual, grupo terapia associada a atendimento individual (pacientes em internação). Em relação à sintomatologia, a objetivos individuais de tratamento, à avaliação psicológica e satisfação com o tratamento, todos os pacientes, nos diferentes grupos, obtiveram bons, e alguns muito bons resultados. Comparando o grupo de psicoterapia psicanalítica com o de psicanálise (inicio e final da terapia), houve um nível alto de sucesso em metade dos pacientes em psicanálise e em um terço dos tratados em psicoterapia. No seguimento, essa superioridade da psicanálise diminuiu consideravelmente.

No encontro da *American Psychological Association* de 1998, foram apresentados resultados da pesquisa sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica, desenvolvida no *Institute for Psychoanalytic Training and Research* (IPTAR) de Nova York [29]. O estudo foi baseado na percepção dos pacientes sobre seu estado mental durante e depois da psicoterapia psicanalítica. O instrumento utilizado foi o Questionário de Efetividade (EQ) adaptado do questionário desenvolvido por Seligman[30] no "*The Consumer Report Study*". Essa mesma pesquisa, simultaneamente,

foi realizada no Brasil [31] (publicada em 2001) com uma amostra de pacientes do Instituto da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre e do departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os resultados da IPTAR e UFRGS são apresentados na Tabela 2. O resultado que difere nas duas amostras decorre do fato de não existir correlação positiva entre freqüência e efetividade nos pacientes de Porto Alegre. A justificativa para este resultado diz respeito à composição da amostra (pacientes de nível socioeconômico médio baixo e residentes em locais distantes) e às peculiaridades do tratamento psicoterápico recebido (psicoterapeutas do 2º e 3º ano de residência, instruídos também em outras abordagens). As críticas a essa pesquisa são: a coleta de dados retrospectiva, a auto-seleção da amostra e o uso de medida única. Na amostra da UFRGS, certamente a inexperiência dos terapeutas e o conflito na abordagem terapêutica são as principais limitações do estudo.

Dois estudos na Alemanha que investigaram a opinião de pacientes e o custo da terapia (individual e grupo) com membros da *Society for psychoanalysis, Psychotherpy, Psychosomatics* e da *German Society for individual Psychology-Adlerians* [32 33] também merecem destaque.

Na tabela 2, apresentamos os dados mais relevantes das duas pesquisas de Freedman et al. [29 31], anteriormente comentadas.

Tabela 2- Pesquisas de tratamentos de longa duração nos anos 90

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Freedman et al. (1999) [29]	Psicoterapia psicanalítica *Iptar Clinical Center* (99)	Delineamento*:* Transversal População: Variada Formato do Tratamento: 1, 2 ou 3 sessões semanais por 1 a 24 meses Perdas:141 não responderam ao questionário Terapeuta: Em treinamento ou formados e supervisionados.	Aumento dos ganhos em efetividade em 24 meses, comparado a 6 meses de tratamento. Aumento dos ganhos com o aumento da freqüência das sessões, de 1 para 2 na semana. Melhora na efetividade associada a uma experiência positiva na relação terapêutica.
Freedman et al. (2001) [31]	Psicoterapia psicanalítica *(UFRGS)* (66)	Delineamento*:* Transversal População: Variada Formato do Tratamento: 1 ou 2 sessões semanais Perdas: não constam perdas Terapeuta: Em treinamento e supervisionados.	Não houve correlação positiva entre freqüência e efetividade. A correlação entre duração de tratamento apesar de positiva não foi estatisticamente significativa. Melhora na efetividade associada a uma experiência positiva na relação terapêutica.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados;

Anos 2000

> ... investigar representa um imperativo ético: é realmente eficaz o que estamos propondo no momento que fazemos a indicação de psicoterapia? De la Parra, Von Bergen y Del Rio [20]

A partir de 2000, comprova-se a tendência, incipiente na década anterior, do incremento do interesse em pesquisa nas psicoterapias psicanalíticas. Significativos informes de pesquisas que avaliaram resultados em psicoterapia psicanalítica são publicados. A investigação do processo psicoterápico aliada aos resultados de tratamento são incrementados.

Na América Latina, o estudo naturalístico de López Moreno et al. [24] é um exemplo desse tipo de pesquisa. A investigação analisa os indicadores de mudança psíquica no processo da psicoterapia de 14 pacientes tratados por dois anos. Seis pacientes completaram o tratamento, sendo publicados os resultados de um desses casos [24]. A paciente estudada apresentou consistentes e positivas mudanças em relação a expressões comportamentais, capacidade sintética de ego, inibição sexual, relações interpessoais, afetividade, sentimentos de crítica e prejuízo, sentimentos de invasão e de incompreensão. Os autores mostram-se otimistas em relação à utilização de técnicas: clínicas (encontros entre terapeutas e pesquisadores), empíricas e instrumentais (*Core conflictual relationship theme, Symptom Checklist-90-R, Differential elements for a Psychodynamic Diagnostic*) no estudo, por oferecerem um panorama claro do processo de mudança.

No México, Ráscon et al. [34] divulgam os resultados de uma investigação preliminar, cujo objetivo principal é investigar o potencial da metodologia de Leuzinger-Bohleber et al. [35] - desenvolvida no estudo da Associação Psicanalítica da Alemanha (DVP) - como instrumento para avaliar a qualidade dos tratamentos psicanalíticos. O DVP [35], descrito na tabela 3, é um dos estudos mais significativos da atualidade. Seu maior mérito é a combinação exitosa de metodologia qualitativa com métodos extraclínicos, clínicos e quantitativos (dados do seguro

saúde, testes psicológicos, grupos de discussão, entrevistas psicanalíticas audiogravadas, avaliação clínica com questionários), avaliados pelos pacientes, analistas, especialistas não psicanalíticos e psicanalíticos independentes. Na replicação do estudo pela Associação Psicanalítica Mexicana e de Monterrey [34], foram selecionados três psicanalistas homens e seis pacientes com transtorno de personalidade: 3 em psicanálise (3 ou mais sessões semanais, duração de 3 a 6 anos) e 3 em psicoterapia (1 ou 2 sessões semanais, duração média =7,4 anos, variando entre 3 a 25 anos). Um dos pacientes em Psicanálise não terminou o tratamento. Dos 5 pacientes restantes, 4 mencionaram grande satisfação com o resultado do tratamento; e 1 paciente, considerável desapontamento. Os Índices de resultados, tanto para psicanalistas como para pacientes, foram favoráveis. Não houve a tendência, como no estudo alemão, de os psicanalistas avaliarem os resultados de forma mais rigorosa. A tendência à mobilidade social, ao sucesso no emprego e à performance acadêmica dos pacientes analisados corrobora os achados do estudo da Alemanha. A metodologia do DVP é avalizada como instrumento efetivo de avaliação de tratamentos psicanalíticos de longa duração.

Em 2005, são divulgados os primeiros resultados do chamado *Göttingen study of effectiveness of psychoanalytic and psychodynamic therapy* [36], isto é, os dados dos pacientes tratados em psicanálise. O desenho de pesquisa envolve estudo naturalístico combinado com estudo controlado: não faz uso de um grupo controle, mas compara seus dados com o índice de mudança média esperada (tamanho do efeito) em grupo controle, elaborado por Leichsenring e Rabung [22], a partir de 26 estudos controlados randomizados de psicanálise e psicoterapia psicanalítica (Média = 0,12, Desvio Padrão = 0,19). Da amostra de 36 pacientes tratados, 23 haviam sido avaliados até a publicação do relatório (dados pré-tratamento, durante e após um ano do término). Os resultados demonstraram melhora significativa (tamanho do efeito entre 1,28 e 2,48) nos sintomas, problemas interpessoais, qualidade de vida, bem-estar e na queixa inicial do paciente. O tamanho do efeito encontrado no estudo excede o índice de mudança

média esperada no grupo controle; sendo esta diferença, no término de tratamento e no seguimento, substancialmente significativa. É um estudo promissor, cuja inclusão da amostra em psicoterapia psicodinâmica trará contribuições importantes para a compreensão da efetividade dos tratamentos.

É relevante destacar, também, o Projeto Multicêntrico (em andamento) para a comparação de tratamentos psicanalíticos com freqüência semanal variada, desenvolvido por distintas Sociedades Psicanalíticas da América Latina e pela Universidade de Ulm (Alemanha), coordenado no Uruguai por Bernardi.[19]

A tabela 3 apresenta o resumo de 9 pesquisas de resultados neste período (uma mencionada anteriormente).

Tabela 3 - Pesquisas de tratamentos de longa duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Sandell et al. (2000)[37]	Psicanálise -P (74) Psicoterapia psicanalítica -PP (331) Terapeutas (209) Controle (554)	Delineamento*:* Naturalístico População*:* Variada Formato do Tratamento: Psicanálise - 3-5 sessões semanais. M = 54 m (DP: 23) e M = 642 sessões (DP: 324); Psicoterapia - 1-3 sessões semanais. M= 46 m (DP: 24) e M= 233 sessões (DP:151) Perdas: 351 pacientes e 107 terapeutas Terapeutas: Graduados e licenciados	Melhora progressiva em escalas de sintomas e funcionamento global em ambos os grupos (P e PP), avaliada ao longo de 3 anos e sendo mais marcada nos pacientes em psicanálise. Fraca melhora em medidas de relações sociais em ambos os grupos (P e PP). A duração e a freqüência do tratamento foram parcialmente responsáveis pelas diferenças de resultados entre os tratamentos.
Huber et al. (2001)[38]	Psicanálise (21) Psicoterapia Psicodinâmica (21)	Delineamento*:* Ensaio clínico randomizado População*:* Transtorno depressivo Recorrente e Episódio depressivo maior Formato do Tratamento: Psicanálise - 3 sessões semanais (240 h); Psicoterapia - 1 sessão semanal (80-120 h). Perdas: Sem perdas até o momento Terapeutas: Graduados e experientes	Resultados preliminares de 42 pacientes de um total de 60: não houve diferenças significativas (após 6 meses tratamento) na satisfação da relação terapêutica, sucesso do tratamento e nas 18 variáveis do *Periodica Process Rating Scale* entre os grupos, exceto na variável *"afective tone transference",* claramente mais negativo no grupo da psicanálise; os pacientes em psicanálise, no entanto, não apresentaram índices negativos na aliança terapêutica.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; DP = Desvio Padrão; M = Média; m = Meses; h = Horas.

Tabela 3 (continuação) - Pesquisas de tratamentos de longa duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Brockmann et al. (2003)[21]	Psicoterapia Comportamental (31) Psicanálise (26) Psicoterapia Psicodinâmica (5)	Delineamento: Naturalístico População: Transtorno depressivo ou de ansiedade Formato do Tratamento: Comportamental- M: 63 h; Psicoterapia ou Psicanálise M:183h Perdas: Não há dados Terapeutas: Licenciados pela *Psychotherapeutic Guidelines (German Law)*	Mudanças significativas em sintomas e problemas interpessoais em todos os tratamentos. Transtornos de ansiedade tratados com Psicanálise e Psicoterapia Psicodinâmica tiveram ganhos maiores ao longo do tempo do que com a comportamental. Transtornos depressivos melhoraram mais rapidamente com psicoterapia comportamental do que com as outras psicoterapias.
Leuzinger-Bohleber et al. (2003)[35]	Psicanálise ou Psicoterapia Psicanalítica (401) Analistas (154)	Delineamento: Coorte histórica População: Variada Formato do Tratamento: Psicanálise - 3 ou mais sessões semanais; Psicoterapia - 1-2 sessões semanais; ambos por uma média de 4 anos Perdas: 25% dos pacientes e 8% dos analistas Terapeutas: Experientes (M: 13 anos) e Licenciados.	Setenta a 80% atingiram boas e estáveis mudanças psíquicas, medidas após, em média, 6,5 anos do término do tratamento; redução de custos medida através de menor número de dias (sick leave) durante e após o tratamento; tendência à mobilidade social. Não houve diferenças consistentes entre os dois tratamentos (patologia inicial comparada com bem-estar no seguimento)
Bond e Perry (2004)[39]	Psicoterapia Psicodinâmica (29)	Delineamento: Naturalístico; População: Transtorno depressivo, transtorno de ansiedade e/ou transtorno de personalidade Formato do Tratamento: 3 anos de duração Perdas: 24 Terapeutas: Experientes (M: 13,1 anos)	Aqueles com altos escores iniciais em mecanismos de defesa mal-adaptativos e de auto-sacrifício melhoraram, (tamanho de efeito 0,80 e 0,67); melhora também no funcionamento defensivo global (tamanho de efeito de 0,43); o tamanho de efeito da mudança na *Global Assessment of Functioning Scale* foi 0,82; melhora significativa em sintomas depressivos e sofrimento.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; T = Total; M = Média; h = Horas.

Tabela 3 (continuação) - Pesquisas de tratamentos de longa duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Wilczek et al. (2004)[40]	Psicoterapia Psicanalítica (36) Grupo de não tratamento (10)	Delineamento*:* Naturalístico População*:* Variada Formato do Tratamento: 1 ou 2 sessões semanais M: 3 anos de duração Perdas**:** Psicoterapia Psicanalítica **(**19) Grupo de não tratamento (3) Terapeutas: Experientes (M: 14,6 anos)	No grupo tratado houve redução substancial em escalas de sintomas e nos níveis de patologia e caráter (6 meses pós tratamento). Em geral, este dado não foi encontrado no grupo não tratado, três anos após a 1ª entrevista. O tamanho do efeito no grupo tratamento foi bastante alto, e altamente significativo quando comparado ao grupo não tratado. Medidas comparadas: Perfil Psicodinâmico e Escalas de Personalidade Karolinska, Escala Global de Funcionamento e "*Self- rating* Scale for Affective Syndromes"
Gerber et al. (2004)[41]	Psicanálise (14) Psicoterapia Psicodinâmica (11)	Delineamento: Naturalístico (Quase experimental) População: Depressão, ansiedade e transtorno de personalidade Formato do Tratamento: Psicanálise - 5 sessões semanais. Duração de 1 a 8 anos; Psicoterapia - 1 sessão semanal . Duração de 2 meses a 3,5 anos Perdas: 8 (não analisáveis) Terapeutas: experientes e supervisionados	Doze dos 19 pacientes analisados apresentaram melhora significativa (no referente ao diagnóstico e sintomas de ansiedade e depressão). Dez dos doze tratamentos que apresentaram melhora estavam no grupo da Psicanálise, sugerindo que este tratamento é o mais efetivo nesta população, embora isto seja limitado pela questão da duração e intensidade do tratamento.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = Média.

Tabela 3 (continuação) - Pesquisas de tratamentos de longa duração nos anos 2000

Autor (Ano)	Grupos (n)	Características do Estudo	Resultados encontrados no Estudo
Bond e Perry (2006)[42]	Psicoterapia Dinâmica + Medicação (18); Psicoterapia Dinâmica sem Medicação (17); Medicação (5); Sem terapia (7)	Delineamento*:* Naturalístico População*:* Transtorno de Personalidade, Depressão e/ou ansiedade Formato do Tratamento: Duração de até 3 anos M= 3,32; DP= 2,41; IC 95%**,** 2,64–4,00 anos). M = 110 sessões (IC 95%, 52-141) Perdas: Não consta Terapeutas: 22 Experientes (média de 13,1 anos)	Pacientes em terapia combinada demonstraram melhora significativa no funcionamento e no sofrimento; aqueles que receberam apenas psicoterapia demonstraram melhora significativa na depressão e no sofrimento. Nenhum paciente recebendo apenas psicoterapia demonstrou melhora significativa no funcionamento; mas a psicoterapia foi associada a uma melhora nos sintomas e no funcionamento na amostra como um todo. Pacientes que usaram medicação mostraram melhoria no funcionamento, mas não em depressão.
Grande et al. (2006)[16]	Terapia Psicodinâmica (27) Terapia psicanalítica (32)	Delineamento*:* Naturalístico prospectivo (quase experimental) População*:* Variada Formato do Tratamento: Terapia Psicodinâmica – 1 sessão semanal. M = 71.1 sessões (DP: 25.5); Terapia Psicanalítica – 3 ou + sessões semanais. M = 310.0 (DP: 102.9) Perdas: 17 Terapeutas: Experientes (M: 20 anos)	Os resultados medidos (final de tratamento e após um ano) através do Índice de Severidade Geral, Lista de sintomas (SCL-90-R) e Inventário de Problemas Interpessoais (IPI), mostraram, em ambosos grupos de tratamentos, melhora significativa em escalas: de sintomas, de severidade e de problemas interpessoais. Eficiência maior da terapia psicanalítica comparando mudanças pré-pós-tratamento em termos do resultado, apenas no IPI total.

n = Número de pacientes efetivamente tratados e avaliados; M = Média; DP = Desvio Padrão; IC = Intervalo de confiança.

Perspectivas atuais

> No início do século vinte e um - o mundo da ciência - incluindo o mundo da psicanálise e todos os tipos de pesquisa de psicoterapia – é determinado por uma rede global.
> Leuzinger-Bohleber e Bürgin [43]

O mundo globalizado nos traz benefícios indiscutíveis como a democratização do conhecimento e a possibilidade de trocar idéias com pesquisadores de todo o mundo em "nosso próprio consultório". No entanto, traz com ele uma política voltada para a uniformidade, através da qual as peculiaridades locais, a cultura e a tradição ficam menos valorizadas, podendo até desaparecer.

Nesse contexto, está inserida a pesquisa em psicoterapia psicanalítica. Para Leuzinger-Bohleber e Bürgin [43], um similar perigo pode existir na tentativa de unificar a comunidade de pesquisa psicanalítica.

Wallerstein [44] assinala uma tendência atual em transcender o pluralismo teórico compartimentado da Psicanálise - que poderíamos estender para a psicoterapia psicanalítica e as diversas metodologias de pesquisa – em direção a convergência e pontos em comum.

Por outro lado, Bernardi [19] entende que não podemos pretender o tipo de consenso a que chegam as disciplinas científicas através de sua metodologia replicável, mas sim o consenso dos artistas que podem chegar a um acordo de que algo é uma obra de arte, ainda que cada um deles a realizaria de modo diferente. Porém, para ele a tentativa de unificação exige cautela, pois a polêmica entre as diferentes abordagens de investigação parece estar recém iniciando**.**

Em contraste com a idéia de unificação, o que foi apresentado até agora sobre a pesquisa de resultados da psicoterapia psicanalítica - apesar do predomínio do delineamento naturalístico - demonstra diversidade nas técnicas

metodológicas e no uso de instrumentos de medidas de resultado, em diferentes sociedades e culturas, trazendo a idéia de pluralismo.

Wallerstein [45] assinala que as investigações dos processos e resultados de tratamento estão tomando duas direções principais. A primeira é uma tentativa de convergência dos estudos de resultados, descritos anteriormente, com os estudos de processo analítico. A segunda é uma preocupação mais clínica com os valores; caracterizando-se por investigações que resultam mais diretamente na prática realizada nos consultórios.

Dessa forma, como já mencionamos, os chamados estudos de quarta geração, prometem não apenas a integração dos vários estudos de processos psicanalíticos realizados nos vários grupos de pesquisa, como também a integração dos estudos de processo com os de resultado. [12]

Em relação às linhas de pesquisa, permanece atual a discussão entre os pesquisadores que estudam os fatores específicos e os que investigam os fatores comuns à psicoterapia [5] [46] [47]. Os primeiros [48] preocupam-se em responder indagações como: quais os efeitos que a psicoterapia produz, qual o melhor e mais efetivo tratamento para determinada psicopatologia, quais intervenções são mais adequadas para o paciente considerando o momento atual de vida e a cultura em que esta inserido; ou seja, defendem a utilização de técnicas e terapêuticas diferenciadas nas diversas patologias. Os do segundo grupo (fatores comuns) [49] acreditam que o resultado do tratamento não depende da abordagem, mas de fatores compartilhados por todas as psicoterapias: aliança terapêutica, empatia, intervenções mais ou menos diretivas e o investimento e capacidades do próprio paciente.

Diversos estudos têm demonstrado, por exemplo, que a aliança terapêutica é um relevante preditor no desfecho dos tratamentos, independentemente do tipo de psicoterapia. [47] [50] [51] [52] As diferentes abordagens psicoterápicas possuem

elementos comuns, presentes até nas relações interpessoais.[47] Os estudos da variável terapeuta nos resultados psicoterápicos, tanto com suas características individuais quanto na inter-relação com o paciente,[53] podem servir de confirmação para estas considerações. Discute-se, porém que, a explicação da mudança terapêutica através dos elementos não específicos de tratamento, pode emergir também da falta de estudos sistemáticos, com metodologias apropriadas, que possam demonstrar os resultados diferenciados nas diferentes formas de tratamento. [47 54]

É pertinente refletir sobre dois métodos diferenciados de avaliação de resultados em psicoterapia: o método da eficácia, que faz uso de estudo clínico controlado (RCT-randomized clinical trial), e o método da efetividade, que se caracteriza pelos estudos chamados naturalísticos, cujas condições em investigação são àquelas da prática clínica**.** [30]

Os estudos de eficácia, de acordo com Seligman [30], são limitados na avaliação das psicoterapias; considerando que na prática clínica, a intensidade e a duração do tratamento são extremamente variáveis, e que se pode utilizar a autocorreção, isto é, quando uma maneira de intervir não tem efeito, outra pode ser experimentada. Osório et al. [55] citam alguns aspectos que se constituem como problemas de validade externa e interna neste tipo de metodologia: os terapeutas/pesquisadores envolvidos, geralmente, possuem um interesse especial no problema em estudo; as dificuldades em recrutar pacientes para o RCT que, elimina a preferência do paciente por determinado tratamento podendo gerar não adesão ao protocolo; os pacientes, em sua maioria, não são representativos da população clínica; os estudos são realizados, em sua maior parte, nos serviços "*Rolls Royce*" não correspondendo à real situação de tratamentos encontrados em nosso meio.

A opção pelo estudo de efetividade parece ser uma tentativa de que a investigação se desenvolva, o mais próximo possível, do que acontece nos consultórios onde a psicoterapia psicanalítica é praticada. A dificuldade nesta metodologia é o fato das pessoas estudadas estarem sujeitas a um número bem maior de potenciais vieses do que nos estudos experimentais, pois vivem livremente e não sob o controle dos pesquisadores. [56]

Na verdade, os dois modelos apresentam vantagens e desvantagens. Sintetizando: o primeiro modelo (eficácia) caracteriza-se por pesquisar com o ideal, isto é, o que deveria acontecer nos tratamentos, e o segundo (efetividade) por investigar o que realmente acontece no dia-a-dia dos consultórios. Isso não seria retomar a controvérsia entre unidade e pluralismo?

A grande maioria dos estudos apresentados nesta revisão, possui um delineamento naturalístico (modelo da efetividade), porém há toda uma preocupação para o aprimoramento da metodologia empregada e no uso de estudos controlados randomizados (modelo da eficácia), considerado o padrão-ouro em pesquisa.

Leichsenring [17] propõe para o modelo de efetividade, a utilização de estudos prospectivos quase experimentais de alta representatividade clínica como o padrão ouro dos estudos naturalísticos. Estes estudos, cada vez mais utilizados, caracterizam-se pelos seguintes aspectos: não randomização da amostra, equiparação ou estratificação dos grupos, descrição clara e precisa do tratamento, de pacientes e sua seleção, uso de medidas de resultado e procedimentos diagnósticos válidos e confiáveis, uso de elementos adicionais ao delineamento (como estudo preliminar detalhado e grupos adicionais de comparação), informe sobre as perdas, pré e pós-avaliação, estudo de seguimento e informe dos dados estatísticos de relevância.

Aliado à eficácia e efetividade, a pesquisa centrada no paciente surge como o terceiro paradigma de avaliação das psicoterapias [57]. Assim, uma das tendências atuais é a retomada dos estudos de caso [58] e pesquisa centrada no paciente, porém com uma metodologia mais rigorosa e refinada, como as investigações qualitativas de Maldavski [23] na Argentina.

O estudo naturalístico, o controlado randomizado e as investigações "chamadas micro-analíticas" caracterizam o panorama atual em pesquisa de psicoterapia psicanalítica.

Outra tendência é o desenvolvimento de estudos prospectivos, cuja principal vantagem é ter pontos diferentes de medida (in loco) antes, durante e após o tratamento [35], produzindo resultados mais acurados do que a reconstrução de dados passados [59]. Entretanto, traz desvantagens como alto custo, duração longa e a influência da pesquisa no processo psicanalítico. Já a pesquisa retrospectiva tem a vantagem de não influenciar o processo da psicoterapia e demandar menores recursos financeiros e tempo dedicado à pesquisa. As desvantagens são: avaliação retrospectiva dos pacientes [35]; controle limitado do pesquisador em como delinear a estratégia de amostragem da população e sobre os dados existentes que, podem não incluir informações relevantes e acuradas para pesquisa [59].

Finalizando a análise das perspectivas atuais em pesquisa, ressaltamos que a investigação nas "chamadas psicoterapias psicanalíticas" tem ganho espaço na atualidade, principalmente nos cursos de pós-graduação das universidades, apresentando um caminho fértil de estudo. Entretanto, chama a atenção o número reduzido de pesquisas de resultado em psicoterapia psicanalítica de longa duração na América Latina. Dos 21 estudos de pesquisa analisados ou citados neste artigo, 2 foram desenvolvidos e 2 estão em andamento nos países latino-americanos e, destes, apenas 1 no Brasil.

Discussão

> Cada grande teoria constituída cria seu procedimento de investigação- em certos casos, como o nosso, que também se presta a intervenções – no qual, por assim dizer, esta se encarna em forma concentrada. Herrmann [60]

.

Nos estudos apresentados, percebemos uma evolução na metodologia de pesquisa utilizada nas investigações. Existe uma tendência para o cuidado detalhado e rigoroso da investigação com estudos prospectivos, uso de avaliadores independentes e terapeutas com experiência clínica. A preocupação em colocar a investigação psicanalítica consoante com princípios científicos, sem desconsiderar a subjetividade característica desta abordagem, é marcante.

Cada grupo de pesquisa tem desenvolvido suas próprias técnicas de avaliação, em função de seus objetivos singulares; o que leva a uma séria dificuldade quando tentamos realizar comparações ou realizar meta-análises dos resultados. Isso faz com que, como abordamos anteriormente em relação à unidade X pluralidade, alguns pesquisadores defendam o uso de pelo menos alguns instrumentos universais. Entretanto, o uso de procedimentos distintos não impede que possamos demonstrar a eficácia, efetividade e eficiência da psicoterapia psicanalítica. [19]

As principais críticas às pesquisas de resultado da psicoterapia psicanalítica apresentadas são: a ausência de diagnósticos padronizados, a inadequada informação sobre os procedimentos de tratamento, a falta de grupo controle e de randomização, as perdas durante o tratamento e no seguimento, a heterogeneidade dos grupos de pacientes considerados, a falta do poder estatístico e uso de estatística inadequada, a ausência de avaliação independente do resultado, a inexistência de padronização e validade questionável de algumas medidas do resultado. São esses os aspectos que impõem limitações à

aplicabilidade de muitas das descobertas de pesquisa. No entanto, o cuidado metodológico está cada vez mais rigoroso. Assim, as limitações apresentadas por um estudo servem de subsídios para o planejamento de futuras investigações.

Ao analisar a metodologia dos 18 estudos originais apresentados (retirando os 3 citados), encontramos um predomínio marcado de delineamentos naturalísticos, com medidas pré e pós-tratamento, onde os sujeitos são controles deles mesmos. Os estudos de Leuzinger-Bohleber et al. [35] e Ráscon et al. [34], também naturalísticos, são coortes retrospectivas. Um ensaio clínico controlado [38] e dois estudos transversais [29] [31] também foram encontrados. Independente do delineamento de estudo, cada pesquisa possui sua singularidade, principalmente, quanto à amostra e instrumental de medidas utilizado.

Em nenhum estudo encontramos referências a cálculos de tamanho de amostra. Os grupos de comparação, quando existiram, em sua maioria não foram descritos como os mais adequados para comparações. Entretanto, no estudo de Grande et al. [16], apesar dos grupos estudados serem heterogêneos em termos diagnósticos, houve uma preocupação com o emparelhamento da amostra e no de Wilczek et al. [40], testes estatísticos avaliaram a comparabilidade dos grupos estudados. Geralmente, terapeutas experientes foram escolhidos para conduzir os tratamentos, com exceção do estudo de Freedman et al. [31] no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no Brasil, em que os terapeutas eram psiquiatras em formação.

Em relação aos tratamentos pesquisados não encontramos descrições detalhadas dos tratamentos aplicados, exceto nos estudos de Leichsenring et al. [37], Huber et al. [36] e Grande et al. [16] Certamente este é um dos fatores que limita o alcance de nossas conclusões neste estudo, mas não as inviabiliza.

Os resultados das pesquisas foram medidos, em sua maioria, através de escalas objetivas aplicadas e comparadas antes e depois dos tratamentos, poucos estudos adicionaram entrevistas clínicas e medidas qualitativas. Foram realizadas

avaliações no seguimento após o término de tratamento em 6 dos estudos concluídos e seu tempo variou de 6 meses a 3,5 anos. As perdas, descritas na maioria dos estudos, foram consideráveis. Em se tratando de abandono de psicoterapia psicanalítica, variaram de 12 a 45% da amostra de pacientes tratados. Considerando os estudos que enviaram questionários pelo correio, o índice de não-resposta ou respostas incompletas variou de 47 a 66%, sendo que o maior número foi encontrado entre a amostra de terapeutas no estudo de Sandelll et al. [37]

Em relação aos resultados globais dos estudos em psicoterapia psicanalítica avaliados, podemos dizer que os benefícios dessa abordagem foram demonstrados com todos delineamentos de pesquisa e suas singularidades. Os estudos naturalísticos, prospectivos e retrospectivos, em que os sujeitos são controles deles mesmos com medidas antes e depois do tratamento, descrevem uma melhora estatisticamente significativa nas pessoas que receberam o tratamento. Nos estudos transversais, a melhora foi demonstrada pela opinião satisfatória dos pacientes. O único estudo de ensaio clínico controlado de nossa revisão [36], também mostra uma melhora dos sujeitos comparando-se as medidas pré e pós-intervenção. Ao ser comparada com outras modalidades de tratamento como a terapia comportamental [21] e o tratamento farmacológico[42], a psicoterapia psicanalítica apresenta resultados positivos. Porém, pelo número reduzido destes estudos e suas limitações metodológicas, ainda não há evidências significativas de que a psicoterapia psicanalítica apresente resultados superiores às outras formas de tratamento.

Nos estudos que comparam a psicoterapia com psicanálise, são apresentados dois resultados: um mostrando a inexistência de diferenças consistentes entre os resultados dos tratamentos, comprovando que, quando bem indicadas psicanálise e psicoterapia psicanalítica, trazem grande benefício terapêutico [16 35 38]; e outro demonstrando a superioridade dos ganhos com a

psicanálise [26 27 37 41]. Em dois desses estudos [37 41] os autores entendem que esta superioridade é limitada pela questão da duração e intensidade do tratamento.

Nas pesquisas analisadas, existem evidências de bons resultados da psicoterapia de orientação analítica nas patologias específicas estudadas como: transtornos ansiosos, transtornos depressivos e transtornos de personalidade. Nas investigações, nas quais a amostra apresentava diagnósticos variados, como a encontrada em nossos consultórios, a psicoterapia psicanalítica demonstrou evidências de melhora significativa no funcionamento global, nas relações interpessoais, na qualidade de vida e no bem-estar dos pacientes tratados com esse método.

Podemos pensar também que os tratamentos de longa duração tendem a apresentar melhores resultados [25 29 31]; a relação positiva com o terapeuta é associada com bons resultados [29 31;] existe uma tendência à mobilidade social nos pacientes tratados [34 35;] e que a psicoterapia pode reduzir o uso de serviços de saúde e faltas ao trabalho. [35]

Considerações Finais

> De uma ou outra forma de investigação, (...) o que importa é que o conhecimento psicanalítico possa desenvolver-se combinando a criatividade na formulação de hipóteses com o rigor científico em sua fundamentação. Bernardi [61]

A investigação incide diretamente na teoria e na prática da psicoterapia psicanalítica. Confirma os pressupostos do corpo teórico e a eficácia/efetividade de nosso trabalho. Possibilita também a refutação e modificação da teoria otimizando a técnica e o método da psicoterapia. Essa é, sem dúvida, a grande importância da investigação.

Não se trata de negar que as características do processo psicanalítico e sua intersubjetividade dificultam a objetivação da pesquisa científica, porém

entender esse aspecto como uma impossibilidade, significa fechar os olhos para os avanços científicos e ficar “comodamente protegido” atrás da fantasia e da resistência à pesquisa [62]. O estado atual do conhecimento e a massa de estudos já realizados ou em andamento sugerem que a discussão sobre a possibilidade de pesquisa em psicanálise ou em psicoterapia de orientação analítica talvez deva ser ultrapassada e substituída pela discussão dos achados e pelo reconhecimento de que nenhuma das formas de pesquisa disponíveis pode ser negligenciada, sob pena de se manter uma visão que já não condiz com a riqueza dos resultados e os amplos horizontes que os estudos atuais permitem vislumbrar [63]. Mais do que nunca, como sugeria Freud, investigação e tratamento devem avançar de mãos dadas.

Agradecimento

Gostaríamos de agradecer a Drª Denise Defey por sua colaboração nos contatos com os pesquisadores da América Latina.

Referências

1.Heussi K. Temática: caminhos da história, 2004. Disponível em: http://www.historianet.com.br/conteudo/default.aspx?codigo=607

2.Caon J L. A Refundação da experiência psicanalítica na pesquisa universitária a partir da apresentação psicanalítica de pacientes. In: Couto LFS. (org.). Pesquisa em psicanálise. Porto Alegre: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia; 1996. p. 109-127.

3.Eizirik CL. Alguns limites da Psicanálise: Flexibilidades possíveis. Rev Bras Psican. 1998; 32 (4):953-966.

4.Lowenkron TS. Questão de pesquisa em psicanálise: ”Prova-se do pudim comendo-o?” Rev Bras Psican. 2000; 34 (4):749-766.

5.Araújo M, Wiethaeuper D. Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. Rev Bras Psicoter. 2003; 5 (1):33-52.

6.Green A. What kind of research for psychonalysis? The Newsletter of the International Psychoanalytical Association. 1996; 5:10-4.

7.Wallerstein R. Psychoanalytic Research: Where do we disagree? The newsletter of the International Psychoanalytical Association.1996; 5:15-7.

8.Vaughan SC, Marshal RD, Macckinnon RA, Vaughan R, Mellman L and Roose SP. Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. Intl J Psychoanal. 2000; 81:513-527.

9.Fonagy P, editor. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. International Psychoanalytical Association; 2002.

10.Mitjavila M e Poch J. Investigación em psicoanálisis y em psicoterapia psicoanalítica. Rev Psicoan. Número especial Internacional. 2001;8: 233-248.

11.Freud S. Estudos sobre Histeria (1895). In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago:1988. Vol.II, p. 17-319.

12.Wallerstein, RS. Outcome Research. In: Cooper A , Person ES. Editores. The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing; 2005. p.301-315.

13.Zimerman, D. E. Psicoterapia e Psicanálise. In: Fundamentos Psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 31-39.

14.Gabbard, GO. Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic. In:Gabbard GO, Beck JS, Holmes J - Oxford Textbook of Psychotherapy. 1a ed. EUA: Oxford University Press. 2005 cap 1. p 3-13.

15.Schestatsky SS, Eizirik CL, Aguiar RW, Pires AC, Zaslavski J, Calich et al. Introdução. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestasky SS (Org). Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.13-19.

16.Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M et al. Differential Effects of Two Forms of Psychoanalytic Therapy –Results of the Heidelberg-Berlin Study. Psychother Res. 2006 (in press).

17.Leichsenring F. Are psychodynamic and psycho analytic therapies effective? A review of empirical data. Int J Psychoanal. 2005; 86:841-68.

18.Crits-Christoph P, Barber JP. Long-term psychotherapy. In: Ingram RE, Snyder CR. Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes and Practices for the 21st century. New York: Wiley, 2000. p. 455-473.

19.Bernardi RE. Investigación clínica e empírica sistemática em psicoanálisis. In: Lhullier AC (org). Novos Modelos de Investigação em psicoterapia. Pelotas: Educat -Editora da Universidade Católica de Pelotas; 1998. p. 23-42.

20.De La Parra, Guillermo, Von Bergen, Alejandra y Del Rio, Marta. Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2002;40(3):201-209 Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000300003&lng=es&nrm=iso>.

21.Brockmann,J, Schluter, T e Eckert, J. Therapy goals, change of goals and goal attainment in the process of psychoanalytically oriented and behavior long-term therapy--a comparative study from the private practices of insurance-registered psychotherapists. Psychother Psychosom Med Psychol. 2003; 53(3-4):163-70.

22.Leichsenring F e Rabung S. Changes in controls groups of psychodynamic therapy. Unpublisched manuscript. 2004.

23.Maldavsky D, Costa GP, Oliveira JF, Katz G. Investigação Psicanalítica Contemporânea. Rev Soc Bras Psican Porto Alegre. 2004; 6(1): 93-130.

24.López Moreno C, Schaleyeff C, Acosta SR, Vernengo P, Roussos AJ e Lerner BD. Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. Psychother Res. 2005; 15(3): 199-209.

25. Rudolf G. Free University of Berlin: Berlin Psychotherapy study. Available from: http://www.ipa.org.uk/research/rudolf_odr.pdf

26.Rudolf G, Manz R e Ori C. Results of psychoanalytic therapy. Available from http://www.ipa.org.uk/research/rudolf2_odr.pdf

27.Heuft, G ,Seibuechelet-Engec,H, Taschke,M e Senf, W. Langzeitoutcome ambulater psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalyses: eine

textinhaltsanalytische Untersuchung von 53 katamneseinterviews. Forum der Psychonalyse: Zeitschriff fuer Klinische Theorie und Praxis. 1996; 12: 342-355.

28.Von Rad M, Senf W, Brãutigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnesenprojektes.. Psychother Psychosom Med Psychol. 1998; 48(3-4):88-100.

29.Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosch A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: the role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. J Am Psychoanal Assoc. 1999; 47(3):741-72.

30.Seligman M.E.P. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. Am Psychol. 1995; 50(120):965-974.

31.Freedman N, Hoffenberg J, Vorus N, Eizirik C, Knijinik D. Tiempo en tratamiento: Observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre, Brasil. Invest Psicoan Psicoter. 2001:87-101.

32.Breyer F, Heinzel R e Klein Th. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschalnd. Gesundheitsökonomie und Qualitãtsmanagement. 1997; 2:59-73.

33.Henzel R e Breyer,F. Stabile Besserung. Deutsches Ärzteblatt, 1995; 11: 752.

34.Rascón RS, Corona PC, Latirgue T, Rios JM, Garza DL. A successful trial utilizing the Leuzinger-Bohleber methodology for evaluation of psychoanalytic treatment: Preliminary report. Int J Psychoanal. 2005; 86: 1425-40.

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

36.Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Gottingen study of psychoanalytic therapy: first results. Int J Psychoanal. 2005;86(Pt 2):433-55.

37.Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). Int J Psychoanal 2000;81(5):921-42.

38.Huber D, Klug, G e Von Rad, M. Die Münchner Prozess – Outcome Studie – Ein Vergleich Zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psichotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Eds). Psychoanalytische Langzeittherapien. Stuttgart: Kohlhmmer, 2001.

39.Bond M, Perry JC. Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. Am J Psychiatry. 2004; 161(9):1665-1671.

40.Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. J Am Psychoanal Asso. 2004; 52(4):1163-84.

41.Gerber AJ, Fonagy P, Target M, Bateman A e Higgit A. Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A qualitative study of treatment process and outcome, 2004. Available from: http://www.ipa.org.uk/research/htmlgerber.pdf

42.Bond M, Perry JC. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. J Nerv Ment Dis. 2006; 194(1):21-6.

43.Leuzinger-Bohleber M, Bürgin D. Pluralism and unity in psychoanalytic research: some introductory remarks. In: Leuzinger-Bohleber M , Dreher AU e Canestri J (Eds). Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis. London: International Psychoanalytical Association; 2003. p. 1-25.

44.Wallerstein RS. Will psychoanalytic pluralism be an enduring state of our discipline? In J Psychoanal. 2005; 86(3):623-6.

45.Wallerstein RS. The Generations of Psychotherapy Research: An Overview. Psychoanal Psychol. 2001; 18(2): p. 243–267.

46.Hubble Ma, Duncan BL, Miller S. The heart and soul of change. Washington: American Psychological Association; 1999.

47.Serralta FB, Streb LG. Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. Rev Bras Psicoter. 2003; 5 (1):53-65

48.Lambert MJ.The effects of psychotherapy. Ann Res Review.1979:1-58

49.Goldfried MR. Consensus in psychotherapy research and practice: where have all the findings gone? Psychother Res. 2000; 10:1-16.

50.Horvath AO, Symonds BD. Relations between working alliance and outcome in psychohtherapy: meta-analysis. J Counsel Psychol.1991; 38:139-49.

51.Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. J Consult Clin Psycol.1993;61:561-73.

52.Sakatepoulou A. The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: theorical conceptualizations and research findings. Psychother Theor Res Pract Train. 1999; 36:329-42.

53.Ceitlin LHF, Wiethaeuper D, Goldfeld PRM. Pesquisa de resultados em psicoterapia de orientação analítica: efeito variáveis do terapeuta. Rev Bras Psicoter. 2003:5(1):81-95.

54.Jones EE, Cumming JD, Horowitz MJ. Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. J Consult Clin Psychol.1988;56: 48-55.

55.Osório CMS, Berlim MT, Mattevi BS, Duarte APG. Pesquisa em psicoterapia psicanalítica:questões éticas e epistemológicas. Rev Bras Psicoter. 2003; 5(1):113-20.

56.Flecther R.H., Flecther S., Wagner E. H. Epidemiologia Clínica:Elementos Essenciais. Porto Alegre: Artes Médicas;1996.

57.Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE. Patient-focused research: using patients outcome data in psychotherapy to enhance treatment effects. J Consult Clin Psychol. 2001;69:159-72.

58.Kächele H., Hölzer M. Conceitos e perspectivas da avaliação da terapia psicanalítica. Rev Psican Soc Psic Porto Alegre. 1993; 1(1): 163-183.

59.Hulley SB. Delineando Pesquisa Clínica:Uma abordagem Epidemiológica, Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.

60.Herrmann F. Pesquisa psicanalítica. Cienc. Cult. 2004:56(4): 25-28. Disponível em:<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252004000400014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0009-6725.

61.Bernardi R. La investigacion empírica sistemática: qué método para quáles preguntas. Trabalho apresentado nas Jornadas abiertas sobre investigación:

Actualizaciones en Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica da Asociación Psicoanalítica Del Uruguay (29 e 30/04/2005) Disponível em: http://www.apuruguay.org/trabajos/tr_003.doc

62.Jung SI. É possível fazer pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica? Boletim informativo. Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica - ESIPP. 2004; 7: 6.

63.Eizirik CL. Psicanálise como uma obra em construção. Rev Psican Soc Psican Porto Alegre. 2005; 12(2): 217-226.

Resumo

Este artigo apresenta a história recente - dos anos 90 a janeiro de 2006 - e as perspectivas atuais da pesquisa de resultado em psicoterapia psicanalítica de longa duração com pacientes adultos em ambulatório. São analisadas e citadas 21 investigações, das quais quatro desenvolvidas na América Latina e apenas uma no Brasil. Isso demonstra que, apesar da evolução nas investigações psicanalíticas de resultado, nos paises latinos, o número de pesquisas ainda é escasso. A efetividade da psicoterapia psicanalítica é demonstrada de maneira significativa com diversos delineamentos de pesquisa. Percebe-se uma evolução na metodologia de pesquisa utilizada nas investigações no decorrer dos anos. A preocupação em colocar a investigação psicanalítica consoante com princípios científicos, sem desconsiderar a subjetividade característica dessa abordagem, é marcante. Ressalta-se a importância da investigação psicanalítica para confirmar os pressupostos do corpo teórico, a eficácia/efetividade do tratamento e possibilitar a refutação e modificação da teoria psicanalítica.

Descritores: psicoterapia/tendências, psicoterapia/história, terapia psicanalítica, avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde)/história, pesquisa.

Abstract

This article shows the recent history (from the nineties to January 2006) and current perspectives of outcome studies on adult outpatient long term Psychoanalytic Psychotherapy. Twenty one inquiries are cited and analyzed. Four out of these developed in Latin America and only one in Brazil. This shows that the researches numbers are still scarce on Latin countries, despite the advancement on psychoanalytical investigations of results. The effectiveness of psychotherapy is evidenced in a significative manner with several different research outlines. We can note an evolution in research methodology used in the course of the last years. The concern about placing the psychoanalytical investigation consonant within the scientific principles, without disregarding the subjectivity characteristic of this approach is remarkable. It is pointed out the importance of psychoanalytical investigation to confirm the presupposed theory, the efficacy / effectiveness of the treatment and the possibility of refutation and modification of the psychoanalytical theory.

Key Words: psychotherapy/trends, psychotherapy/history, psychoanalytic therapy, outcome and process assessment (health care)/history; research.

Resumen

Este articulo presenta la historia reciente – desde los años 90 a enero de 2006 – y las perspectivas actuales de la pesquisa de resultado en psicoterapia psicoanalítica de larga duración con pacientes adultos en ambulatorio. Son citadas y analizadas veinte uno (21) investigaciones, de las cuales cuatro desarrolladas en América Latina y apenas una en Brasil. Eso demuestra que a pesar de la evolución en las investigaciones psicoanalíticas de resultado, en los países latinos, el número de pesquisas aún es escaso. La efectividad de la psicoterapia psicoanalítica es demostrada de forma significativa con diversos delineamentos de pesquisa. Se percibe una evolución en la

metodología de pesquisa utilizada en las investigaciones en el transcurrir de los años. La preocupación en ubicar la investigación psicoanalítica consonante con principios científicos sin desconsiderar la subjetividad característica de ese abordaje es marcante. Se resalta la importancia de la investigación psicoanalítica para confirmar los presupuestos del marco teórico, la eficacia / efectividad del tratamiento y posibilitar la refutación y modificación de la teoría psicoanalítica.

Palabras Clave: psicoterapia/tendencias, psicoterapia/historia, terapia psicoanalitica, evaluación de procesos y resultados (atención de salud) /historia, investigación.

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBASS, A. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness. **American Journal of Psychotherapy**, v.56, n.2, p. 225-32, 2002.

AZEVEDO, M.A.S.B. Avaliações dos resultados de intervenções psicoterápicas breves na comunidade de Bauru. **Revista ciência em extensão**, v.2, n.11, p. 47-60, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (4 th ed). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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

AVELINE, M.; STRAUSS, B.; STILES, W.B. Psychotherapy Research. In: GABBARD, G.O., BECK, J.S.& HOLMES, J. **Oxford Textbook of Psychotherapy**. EUA: Oxford University Press, p. 449-462, 2005.

BACHRACH, J.; WEBER, J.J.; SOLOMON, M. Factors associated with the outcome of Psychoanalysis (clinical and methodological considerations): Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). **The International Review of Psycho-analysis**, v. 12, p. 379-389, 1985.

BAEKLAND, F.; LUNDWALL, L. Dropping Out of Treatment: A Critical review. **Psychological Bulletin**, 82, p. 738-783,1975.

BECK, N.C.; LAMBERTI, J.; GAMACHEI, M.; LAKE, E.A.; FRAPS, C.L.; MCREYNOLDA, W.T.; REAVEN, N.; HEISLER, G.H.; DUNN, J.). Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy: **Journal of Clinical Psychology**, 43, p. 511-20,1987.

BERNARDI, R. Investigación clínica e empírica sistemática em psicoanálisis. In: LHULLIER AC (org). **Novos Modelos de Investigação em psicoterapia**. Pelotas: Educat -Editora da Universidade Católica de Pelotas, p. 23-421, 1998.

BERNARDI, R. La investigacion empírica sistemática: qué método para quáles preguntas. Trabalho apresentado nas **Jornadas abiertas sobre investigación: Actualizaciones en Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica da Asociación**

Psicoanalítica Del Uruguay (29 e 30/04/2005) Disponível em:: <http://www.apuruguay.org/trabajos/tr_003.doc> Acesso em 02 DEZ 2005.

BERNARDI, R.; MONTADO, G.; RIVERA, J.; DEFEY, D.; FOSSATI, G.; SAS, A. Psicoterapias Focalizadas: Percepción Del Processo e los Resultados. In: JIMÉNEZ, BUGUNÂ; BELMAR (EDS). **Investigación em Psicoterapia***:* Processos y Resultados (Investigación Empirica 1993-1994). Santiago Del Chile: SPR (South American Chapter) and Corporación de Promoción Universitária, 1995.

BOLZ, W.; MEYER, A.E. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment: the general setting. **Psychotherapy Psychosomatic**, v. 35, n. 3, p.85-95, 1981

BOND, M.; PERRY, J.C. Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n.9, p.1665-1671, 2004.

BOND, M.; PERRY, J.C. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. **Journal of Nervous Mental Disease,** v. 194, n.1, p. 21-6, 2006.

BOROWSKI, S. M. Vicissitudes na formação do Psicoterapeuta. **Boletim informativo:** Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalitica, n. 7, p.4, 2004

BREYER, F.; HEINZEL, R.; KLEIN, T.H. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschalnd**. Gesundheitsökonomie und Qualitãtsmanagement**, v. 2, p. 59-73, 1997.

BROCKMANN, J; SCHLUTER, T.; ECKERT, J. Therapy goals, change of goals and goal attainment in the process of psychoanalytically oriented and behavior long-term therapy--a comparative study from the private practices of insurance-registered psychotherapists. **Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie**, v. 53(3-4), p.163-70, 2003

BROM, D.; KLEBER, R.J.; DEFARES, P.B. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. **Journal of Consulting Clinical Psychology**, v.57, n.5, p.607-12, 1989.

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

CAON, J. L. A Refundação da experiência psicanalítica na pesquisa universitária a partir da apresentação psicanalítica de pacientes. In: COUTO LFS. (org.). **Pesquisa em psicanálise.** Porto Alegre: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia, p. 109-127, 1996.

CARVALHO, R.M.L.L.; TÉRZIZ, A. Caracterização da população atendida na clínica- escola do Instituto de Psicologia- PUCCAMP. **Estudos de Psicologia**, v. 1, p. 112-125, 1988.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences** (2n ed). Hilllsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

COOPER, P.J.; MURRAY, L.; WILSON, A.; ROMANIUK, H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. **British Journal of Psychiatry**, v. 182, p.41241-9, 2003.

CORDIOLI, A. V. Psicoterapia breve no Centro Psiquiátrico Melanie Klein: Resultados. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** n. 7, n. 2, p. 170-174, 1985.

_____ A Relação paciente-terapeuta e os resultados em psicoterapia breve. Aspectos quantitativos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 35, n. 4, p. 225-230, 1986.

CRAMER, B.; ROBERT-TISSOT, C.; STERN, D.; SERPA-RUSCONI, S.; MURALT, M.; BESSON, G.; PALACIO-ESPASA, F.; BACHMANN, J.P; KNAUER, D.; BERNEY,C.; D'ARCIS, U. Outcome evaluation in brief mother—infant psychotherapy: a preliminary report. **Infant Mental Health Journal**, v. 11, n. 3, 278-300, 1990.

CRITS-CHRISTOPH, P.; BARBER, J.P. Long-term psychotherapy. In: INGRAM R.E.; SNYDER, C.R. **Handbook of Psychological Change**: Psychotherapy Processes and Practices for the 21st century. New York: Wiley, p. 455-473, 2000.

CUNHA, J. A.; FREITAS, N.K.; RAYMUNDO, M. G. B. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DAL ZOT, J.S. Uma contribuição ao Estudo dos critérios de seleção para Psicoterapia Breve. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 6, n.1, p. 7-13, 1984.

DARE, C. Psychoanalytic psychotherapy (of eating disorders). In: GABBARD, G.O. (ed) **Treatment of Psychiatric Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Press, p. 2129 – 2151, 1995.

DARE, C.; CROWTHER, C. Living dangerously: psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa. In: G. SZMUKLER, C. DARE & J. IREASURE (eds).. **Eating Disorders: Handbook of Theory, Treatment and Research.** Chichester: John Wiley & Sons, 1995.

DARE, C.; EISLER, I.; RUSSELL, G.; TREASURE, J.; DODGE, L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of out-patient treatments. **British Journal of Psychiatry**, v.178, p. 216-21, 2001.

DAVANLOO, H. **Short-term Dynamic Psychotherapy**. New York Jansos Aronson, 1980

DE JONGHE, F.; HENDRICKSEN, M.; VAN AALST, G.; KOOL, S.; PEEN, V.; VAN, R.; VAN DEN EIJNDEN, E.; DEKKER, J. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. **British Journal of Psychiatry**, v.185, p. 37-45, 2004.

DE JONGHE, F.; RIJNIERSE, P.; JANSSEN, R. Psychoanalytic supportive psychotherapy. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 42, 421-446, 1994.

DE LA PARRA, G. Psicoterapia breve em unidades de psicoterapia em serviços públicos de salud: La indicación adaptativa y el continuo “expressivo de apoyo”. **Revista Gazeta Universitária**, v.1, p. 291-306, 2005.

DE LA PARRA, G.; VON BERGEN, A.; DEL RIO, M. Primeros hallazgos de la aplicación un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria [online]**, v. 40, n. 3, p. 201-209, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es> Acesso em 12 jun 2004.

EDMONSTONE, Y.; FREEMAN, C. Research in Psychotherapy. In: FREEMAN, C.; TYLER, P. (Eds) **Research Methods in Psychiatry**: a beginner’s guide (2th Ed.) EUA: American Psychiatric Press, p. 209—232, 1992.

EIZIRIK, C.L. Alguns limites da Psicanálise: Flexibilidades possíveis. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.32, n. 4, p.953-966,1998.

_____ Processos possíveis de avaliação da psicanálise. Revista Brasileira de Psicanálise, v. 35, n. 3, p. 495-501, 2001.

_____ Psicanálise como uma obra em construção. Rev Psican Soc Psican Porto Alegre. 2005; 12(2): 217-226.

_____ Psicoanálisis as a work in progress. International Journal Psychoanalysis, v.87, p. 645-650, 2006 .

FLECTHER, R.H.; FLECTHER, S.; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica:Elementos Essenciais. Porto Alegre: Artes Médicas,1996.

FONAGY, P. (ed). **An open door review of outcome studies in psychoanalysis**. International Psychoanalytical Association; 2002.

FREEDMAN, N.; HOFFENBERG, J.; VORUS, N,;EIZIRIK, C. L.; KNIJINIK, D. Tiempo en tratamiento: Observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre, Brasil. In: FLORENZANO, R; JIMÉNEZ, J.P.; ISLA, r.; DE LA PARRA, G,; RIUMALLÓ, P.; VALDIVIESO, S. (eds). **Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia,** Santiago de Chile: Corporación de promoción Universitaria, p. 87-101, 2001.

FREEDMAN, N.; HOFFENBERG, J. D.; VORUS, N.; FROSCH, Al. The effectiveness of Psychoanalytic Psychotherapy: The role of tratment duration, frequency of sessions and the therapeutic relationship. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, v. 47, n. 3, p. 741-772, 1999.

FREUD, S. Estudos sobre Histeria. In: Strachey, J. **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, v. VII, p. 12-115, 1989 (Original publicado 1895).

FREUD, S. Sobre a Psicoterapia. In: Strachey, J. **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, v. VII, p. 240-251, 1989 (Original publicado 1895).

FRIEDMAN, R.C; GARRISON, W.B.; BUCCI, W.; GORMAN, B.S. **Factors affecting change in private psychotherapy patients of senior psychoanalysts**: an effectiveness study.[On line].The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, v.33, 583-60, 2005 Abstract from: PubMed Item: 16448339. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed> Acesso em 19 Set 2006.

GABBARD, G. O. Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic. In GABBARD , G.O.; BECK, J.S.; HOLMES, J. , **Oxford Textbook of Psychotherapy**. 1a ed. EUA: Oxford University Press, cap 1. , p 3-13, 2005a.
.
GABBARD, G.O. Elaboração e término. In: GABBARD, G.O. **Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo:** Texto Básico Porto Alegre: ArtMed., p.161-178, 2005b.

GABEL, H.; DENEKE, F.; MEYER, A.E.; BOLZ, W.; STHUR, U. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Our focus formulations: practicability for therapy; content analyses and relation to outcome and other variables. **Psychotherapy Psychosomatic**, v.35(2-3), p. 110-33, 1981.

GALLAGHER-THOMPSON, D.; STEFFEN, A.M. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. **Journal of Consulting Clinical Psychology**, v.62, v.3, p.543-549, 1994.

GARFIELD, S.L. Research on client variables in psychotherapy – Research pertaining to continuation in psychotherapy. In: BERGIN, A., GARFIELD, S. **Handbook of Psychotherapy and Behavior Change** (New York: Wiley, p.190-228, 1994.

GARNER, D.M.; ROCKERT, W.; DAVIS, R.; GARNER, M.V.; OLMSTED, M.P. ; EAGLE, M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. **American Journal Psychiatry**, 150(1), p.37-46,1993.

GERBER, A.J.; FONAGY, P.; TARGET, M,; BATEMAN, A.; HIGGIT, A. **Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults:** A qualitative study of treatment process and outcome, 2004. Disponível em: http://www.ipa.org.uk/research/htmlgerber.pdf Acesso em: 10 JAN 2006.

GRANDE, T.; DILG, R.; JAKOBSEN, T.; KELLER, W.; KRAWIETZ, B.; LANGER, M.; OBERBRACHT, C.; STHELE, S.; STENNES, M.; RUDOLF, G. Differential Effects of Two Forms of Psychoanalytic Therapy –Results of the Heidelberg-Berlin Study. **Psychotherapy Research**, v.16, p. 470-485, 2006.

GREEN, A. What kind of research for psychoanalysis? **The Newsletter of the International Psychoanalytical Association**, v. 5, p.10-4, 1996

GOLDFRIED, M.R. Consensus in psychotherapy research and practice: where have all the findings gone? Psychother Research, v. 10, p.1-16, 2000.

HARTMAN, S.; ZEPF, S. Saarland Study of Psychotherapy Effectiveness and Patient Satisfaction, 2002. Disponível em: http://www.ipa.org.uk/research/hartmann_odr.pdf. Acesso em: 12 JAN 2005.

HELLERTEIN, D.J.; ROSENTHAL, R.N.; PINSKER, H.; SAMSTAG, L.W.; MURAN, J.C.; WINSTON, A. A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. **The journal of psychotherapy practice and research,** v.7, n.4:261-71, 1998.

HENZEL, R.; BREYER, F. Stabile Besserung. **Deutsches Ärzteblatt**, v 11, p. 752, 1995.

HERRMANN, F. Pesquisa psicanalítica. **Ciência e Cultura**, v.56, n.4, p. 25-28, 2004. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252004000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 NOV 2005.

HERSOUG, A.G.; BOGWALD, K.P.; HOGLEND, P. Changes of Defensive Functioning: Does Interpretation Contribute to Change? **Clinical Psychology and Psychotherapy,** v. 12, n. 4, 288-296, 2005.

HEUFT, G.; SEIBUECHELET-ENGEC, H.; TASCHKE, M.; SENF, W. Langzeitoutcome ambulater psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalyses: eine textinhaltsanalytische Untersuchung von 53 katamneseinterviews. **Forum der Psychonalyse: Zeitschriff fuer Klinische Theorie und Praxis,** 12, p. 342-355, 1996.

HEUSSI, K. **Temática: caminhos da história**, 2004. Disponível em: <http://www.historianet.com.br/conteudo/default.aspx?codigo=607> Acesso em: 10 DEZ 2005.

HILSENROTH, M.J.; ACKERMAN, S.J.; BLAGYS, M.D.; BAITY, M.R.; MOONEY, M.A. Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. **Journal of Nervous Mental Disease**, 191(6) p. 349-57. 2003.

HOGLEND, P. Suitability for: Psychodynamic variables as predictors of outcome. **Acta Psiquiatrita Scandinavica,** v. 2, p.168-181, 1993a.

HOGLEND, P. Personality disorders and long-term outcome alter brief psychodynamic psychotherapy. **Journal of Personality Disorders**, v. 7, p.168-181. 1993b.

HOGLEND, P.; SORLIE, T,; HEYERDAHL, O.; SORBYE, O.; AMLO, S. Brief Dynamic Psychotherapy: Patient Suitability, treatment length and outcome. **Journal of Psychotherapy Practice and research**,, v.2, p.230-241, 1993.

HOROWITZ, M. J. **Stress response syndromes**. New York: Aronson, 1976.

HOROWITZ, M.; KALTREIDER, N. Brief therapy of the stress response syndrome. **Psychiatric Clinics of North America**, 2, 365–377,1979.

HORVATH AO, LUBORSKY L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 61, p. 561-73, 1993.

HORVATH, A.O.; SYMONDS, B.D. Relations between working alliance and outcome in psychohtherapy: meta-analysis. **Journal of Counseling Psychology**, v. 38, p.139-49, 1991.

HOWARD, K., KOPTA, S., KRAUSE, M. & ORLINSKY, D.The dose-effect relationship in psychotherapy. **American Psychologist**, v.41, 159-164, 1986

HUBBLE, M.A.; DUNCAN, B.L.; MILLER, S. **The heart and soul of change**. Washington: American Psychological Association; 1999.

HUBER, D.; KLUG, G.; VON RAD, M. Die Münchner Prozess – Outcome Studie – Ein Vergleich Zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psichotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: STUHR, U.; LEUZINGER-BOHLEBER, M.; BEUTEL, M. (EDS). **Psychoanalytische Langzeittherapien.** Stuttgart: Kohlhmmer, 2001.

HULLEY, SB. **Delineando Pesquisa Clínica:** Uma abordagem Epidemiológica, Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.

HUSBY, R. Short-term dynamic psychotherapy. III. A 5-year follow-up of 36 neurotic patients. **Psychotherapy Psychosomatic**, v. 43, n.1, p.17-22, 1985a.

HUSBY, R. Short-term dynamic psychotherapy. IV. Comparison of recorded changes in 33 neurotic patients 2 and 5 years after end of treatment. **Psychotherapy Psychosomatic**, v. 43, 1, p.23-7, 1985b.

HUSBY, R.; DAHL, A.A., DAHL, C.I.; HEIBERG, A.N.; OLAFSEN, O.M.; WEISAETH, L. Short-term dynamic psychotherapy. II. Prognostic value of characteristics of patients studied by a 2-year follow-up of 39 neurotic patients. **Psychotherapy Psychosomatic** , v. 43, n. 1, p. 8-16, 1985.

JONES, E.E.; CUMMING, J.D.; HOROWITZ, M.J. Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. **Journal of Consulting and Clinical Psycholog** , v. 56, p.48-5, 1988.

JONES, E.E. **Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic psychotherapy**. New Jersey: Aronson; 2000.

JONES, E.E.; KRUPNICK, J.L.; KERING, P.K. Some gender effects in brief psychotherapy. **Psychotherapy***:* Theory, Research, Practice, Training; v.24, p.336-352, 1987.

JUNG, S.I. É possível fazer pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica? **Boletim informativo. Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica – ESIPP**, n. 7, p.6, 2004.

JUNKERT-TRESS, B.; SCHNIERDA, U.; HARTKAMP, N.; SCHMITZ, N.; TRESS W. Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: a prospective 1-year follow-up study. **Psychotherapy Research**, v.11, n.2, p. 187-200, 2001.

KÄCHELE, H.; HÖLZER, M. Conceitos e perspectivas da avaliação da terapia psicanalítica. **Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 1, n., p. 163-183, 1993.

KANDEL, E.R. A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 25, p. 139-165, 2003.

KERNBERG, O. Resistências à pesquisa em psicanálise. **Boletim Informativo da Fundação Psicanalítica da América Latina**, p. 1-4,1999.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; DEMLER, A.; JIN, R.; KORETZ, D.; MERIKANGAS, K.R.; RUSH, A.J.; WALTERS, E.E.; WANGS, P.S. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **The journal of the American Medical Association**, 289(23), p. 3095-105, 2003

KIMM, H.J.; BOLZ, W.; MEYER, A.E. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. The patient sample: overt and covert selection factors and prognostic predictions. **Psychotherapy Psychosomatic**, v. 35 (2-3), p. 96-109,1981.

KOPTA, S.M.; HOWARD, K.I.; LOWRY, J. L.; BEUTLER, L.E. Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 62, n. 5, p. 1009-1016, 1994.

KORDY, H.; VON RAD, M.; SENF, W. Empirical hypotheses on the psychotherapeutic treatment of psychosomatic patients and short e long-term time unlimited psychotherapy. **Psychotherapy Psychosomatic**, v. 52, p.155-163, 1989.

LAMBERT, M.J.The effects of psychotherapy. **Ann Res Review**, p.1-58, 1979.

LAMBERT, M. J.; ANDERSON, E. M. Assessment for the time-limited psychotherapies. In: Dickstein, L. J., Oldham, J. M., Riba, M. B. (Vol. Eds.), MacKenzie, K. R. (Section Ed.). **American Psychiatric Press Review of Psychiatry** , v. 15, p. 23–42. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996.

LAMBERT MJ, HANSEN NB, FINCH AE. Patient-focused research: using patients outcome data in psychotherapy to enhance treatment effects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** , 69, p.159-72, 2001.

LEICHSENRING, F. Are psychodynamic and psycho analytic therapies effective? A review of empirical data. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 86, p. 841-68, 2005.

LEICHSENRING, F.; RABUNG, S. Change norms: a complementary approach to the issue of controls groups in psychotherapy outcome research. **Psychotherapy Research**, v.16, p.594-605, 2006.

LEICHSENRING, F.; BISKUP, J.; KREISCHE, R.; STAATS, H. The Gottingen study of psychoanalytic therapy: first results. **International Journal of Psychoanalysis**, 86,433-55, 2005.

LEMGRUBER. V. **Psicoterapia Breve:** avaliação de sua eficácia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.38, n. 5, p.265-268, 1989.

LEUZINGER-BHOLEBER, M.; STUHR, U.; RÜGER, B.; BEUTEL, M. How to study the "quality of psychoanalytic treatments" and their long-term effects on patients" well-being: A representative, multi-perspective follow-up study. **International Journal of Psychoanalysis**, v.84, p.263-290, 2003.

LEUZINGER-BOHLEBER, M.; BÜRGIN, D. Pluralism and unity in psychoanalytic research: some introductory remarks. In: LEUZINGER-BOHLEBER, M. ; DREHER, A.U.; CANESTRI, J. (Eds). **Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis**. London: International Psychoanalytical Association, p. 1-2, 2003.

LHULLIER, A. C.; NUNES, M.L.T.; ANTOCHEVIS, A. F.; PORTO, A.M. ; FIGUEIREDO, D. Mudança de psicoterapeuta e abandono da psicoterapia em uma clínica-escola. **Aletheia**, v.11, p. 7-11, 2000.

LHULLIER, A.C. **Abandono de Tratamento em psicoterápicas realizadas em uma clinica-escola.** Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2002.

LÓPEZ MORENO, C; SCHALEYEFF, C.; ACOSTA, S.R.; VERNENGO, P.; ROUSSOS, A.J.; LERNER, B.D. Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. **Psychotherapy Research**., v. 15, n.3, p. 199-209, 2005.

LOPEZ, M.A. Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 39, p. 123-135, 1983.

LOWENKRON, T.S. Questão de pesquisa em psicanálise: "Prova-se do pudim comendo-o?" **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.34 , n. 4, p.749-766, 2000.

LUBORSKY, L. **Principles of psychoanalytic psychotherapy**: A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984

LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, P. Measures of Psychoanalytic concepts. The last decade of research from "The Penn Studies". **International Journal Psyco-analysis**, v. 69, 1988.

MAINA G, FORNER F, BOGETTO F. Randomized Controlled Trial Comparing Brief Dynamic and Supportive Therapy with Waiting List Condition in Minor Depressive Disorders. **Psychotherapy and Psychosomatics,** v. 74, p. 43-50, 2005.

MALAN, D. **Toward a Validation of a Dynamic Psychotherapy**. New York Plenum Medical Boock Company, 1976.

MALAN, D. Resultados sobre o segundo estudo em Psicoterapia Breve. In: Malan, D. **As fronteiras da psicoterapia breve**: Um exemplo de convergência entre pesquisa e prática Médica. Porto alegre: Artes Médicas, p. 57-65, 1981.

MALDAVSKY, D.; COSTA, G.P.; OLIVEIRA, J.F.; KATZ, G. Investigação Psicanalítica Contemporânea. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, v. 6, n. 1, p. 93-130, 2004.

MARMAR, C.R.; HOROWITZ, M.J.; WEISS, D.S.; WILNER, N.R.; KALTREIDER, N.B. A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. **American Journal of Psychiatry**, v.145, n. 2, p. 203-209,1988.

MANN, J. **Time-limited psychotherapy**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

MCCULLOUGH VAILLANT, L . **Changing Character**. New York, Basic Books, 1997

MEYER, A.E.; BOLZ, W. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Foreword and introduction. **Psychotherapy Psychosomatic**, v. 35(2-3), p. 81-84, 1981.

MILROD, B.; BUSCH, F.; LEON, A.; SHAPIRO, T.; ARONSON A, ROIPHE, J.; RUDDEN, M.; SINGER, M.; GOLDMAN, H.; RICHTER, D.; SHEAR, M.K. Open Trial of Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder: A Pilot Study. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n.11, p. 1878-1880, 2000.

MITJAVILA, M.; POCH, J. Investigación em psicoanálisis y em psicoterapia psicoanalítica. **Revista de Psicoanálisis**. Número especial Internacional, v. 8, p.233-248, 2001.

MONTADO, G. Psicoterapia Focal psicoanalítica: Investigación de Proceso y resultados. In: BERNARDI, R.; DEFEY, D.; HEBERT, E. J.; FIORINI, H.; FONAGY, P.; GRIL, S.; JIMÉNEZ, J. P.; KÄCHELE, H.; KERNBERG, O.; MONTADO, G., RIVERA, J. ; SANDELL, R. **Psicoanalisis Focos y Aperturas** Montevideo: Agora/Psicolibros, p. 248-261, 2001.

MONTADO, G.; DEFEY, D.; DARAKJIAN, W.; LODEIRO, M; Peña, M.; RUBIO, C.; BERNARDI, R. Psicoterapia Dinámica Focal evaluación de resultados a través de múltiplas avaluaciones. In: GRIL, IBÁÑEZ, MOSCA, SOUSA (EDS). **Investigación en psicoterapia: procesos y resultados**. Pelotas: SPR, Educat, 2000.

MONDRZAK, V.S. O foco em psicoterapia breve – Estudo de 60 casos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 5, n. 2, p. 117-129, 1983.

MURAN, J.C.; SAFRAN, J.D.; SAMSTAG, L.W; WINSTON, A. Alliance-focused treatment for personality disorders. **Psychotherapy**: Theory, Research, Practice, Training, v. 42, n. 4, p. 532-45, 2005.

OLIVEIRA, E. P. Eficácia da psicoterapia breve operacionalizada com pacientes com hipertensão essencial. **Mudanças Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, v. 9, n.16, p. 65-85, 2001.

OSÓRIO, C.M.S.; BERLIM, M.T.; MATTEVI, B.S.; DUARTE, A.P.G. Pesquisa em psicoterapia psicanalítica:questões éticas e epistemológicas. **Revista Brasilerira de Psicoterapia**, v. 5, n.1, p.113-20, 2003.

PINHEIRO, S.D. **Vínculo e Abandono em Psicoterapia Psicanalítica.** Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2002.

PIPER, W.; JOYCE, A.S.; MCCALLUM, M.; AZIM, H. Interpretive and Supportive Forms of Psychotherapy and Patient Personality Variables. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** v. 66, n.3, p.558-567, 1998.

PIPER, W.E.; DE CARUFEL, F.L.; SZKRUMELAK, N. Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. **Journal of nervous and mental disease,** v. 173, n.12, p.726-33, 1985.

POCH, J.; ÁVILA ESPADA, A. **Investigación en psicoterapia**: La contribución psicoanalítica. Barcelona: Paidós, 1998.

RASCÓN, R.S.; CORONA, P.C.; LATIRGUE, T.; RIOS, J.M. & GARZA, D.L. A successful trial utilizing the Leuzinger-Bohleber methodology for evaluation of psychoanalytic treatment: Preliminary report. **International Journal of Psychoanalysis,** v. 86, p. 1425-40, 2005.

ROCKLAND, L.H. **Supportive Therapy. A Psychodynamic Approach.** New York: Basic Books, 1989.

ROMARO, R. Avaliação da psicoterapia breve dinâmica com pacientes bordeline. **Mudanças Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, vol 7, n12. 216, p. 109-133, 1999.

ROSE, J., DEL MAESTRO, S. Separation-individuation conflict as a model for understanding distressed caregivers: Psychodynamic and cognitive case studies. **The Gerontologist***,* 30*,* p. 693–697,1990.

RUDOLF, G.; MANZ, R.; ORI, C. **Results of psychoanalytic therapy**. Disponível em: <http://www.ipa.org.uk/research/rudolf2_odr.pdf.> Acesso em: 10 Jan. 2006.
.
RUDOLF, G. **Free University of Berlin: Berlin Psychotherapy study**. Available from: <http://www.ipa.org.uk/research/rudolf_odr.pdf .> Acesso em 10 Jan. 2006.

RUSSELL, R.L.; ORLINSKY, D.E. Psychotherapy research in historical perspective. **Archives General Psychiatry**, v. 53, p.708-715, 1996.

SAKATEPOULOU, A. The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: theorical conceptualizations and research findings. **Psychother Theor Res Pract Train,** 36 p.329-42, 1999.

SANDELL, R.; BLOMBERG, J.; LAZAR, A.; CARLSSON, J.; BROBERG, J.; SCHUBERT, J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). **International Journal of Psychoanalysis**, v. 8, n. 15, p. 921-942, 2000.

SCHESTATSKY, S.S.; EIZIRIK, C.L.; AGUIAR, R.W.; PIRES, A.C.; ZASLAVSKI, J.; CALICH, J.C.; SANTOS, M.J.P.; LEWKOWICZ, S. INTRODUÇÃO. IN: EIZIRIK, C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTASKY, S.S. (Org). **Psicoterapia de orientação analítica**: Fundamentos teóricos e clínicos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, p.13-19, 2005.

SELIGMAN, M.E.P. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. **American Psychological Association**, v. 50, n.12, 965-974, 1995.

SERRALTA, F.B.; STREB, L.G. Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 5, n.1, p. 53-65, 2003.

SHAPIRO, D.A.; BARKHAM, M.; STILES, W.B.; HARDY, G.E.; REES, A.; REYNOLDS, S.; STARTUP, M. Time is of the essence: A selective review of the fall and rise of brief therapy research. **Psychology and Psychotherapy,** v. 76, n. 3, p. 211-235, 2003.

SIFNEOS, P.E. **Short-term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique**. New York, Plenum, 1979.

STERN, D. **The Motherhood Constellation**. New York: Basic Books, 1995.

STRUPP, H. H.; BINDER, J. L. **Psychotherapy in a new key**: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.

STILES, W.B.; BARKHAM, M.; TWIGG, E.; MELLOR-CLARK, J.; COOPER, M. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. **Psychological Medicine**, v. 36, n. 4, p. 555-66, 2006.

SVARTBERG, M.; STILES, T.C.; SELTZER, M.H. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. **American Journal Psychiatry**, v.161, n. 5, p.810-817, 2004.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A.; FREITAS, N.K.; RAYMUNDO, M. G. B Cunha, A. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

THOMPSON, L.W.; GALLAGHER, D.; BRECKENRIDGE. J.S. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n. 3, p. 385-90, 1987.

URTIAGA, A.; ALMEIDA, G.; VIANNA, M.E.D.; SANTOS, M.V.; BOTELHO, S. Fatores preditivos de abandono em psicoterapias. Um estudo na Clínica Sérgio Abuchaim. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 46, p. 279-283, 1997.

VARGAS, F. **Abandono de psicoterapia em instituição de formação de psicoterapeutas**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2002

VAUGHAN, S.C.; MARSHAL, R.D.; MACCKINNON, R.A.; VAUGHAN, R.; MELLMAN, L.; ROOSE, S.P. Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 81, p. 513-527, 2000.

VINNARS, B.; BARBER, J.P.; NOREN, K,; GALLOP, R,; WEINRYB, R.M. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. **American Journal of Psychiatry**, v.162, n. 10, p. 1933-40, 2005.

VON RAD, M,; SENF, W,; BRÃUTIGAM, W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnesenprojektes.. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medinizische Psychologie**, v. 48 (3-4), p.88-100, 1998.

WALLERSTEIN, R.S. **Forty-two lives in treatment:** a study of psychoanalysis and psychotherapy. New York: Guilford Press,1986.

_____ Psychoanalytic Research: Where do we disagree? **The newsletter of the International Psychoanalytical Association**., v. 5, p.15-17, 1996.

_____ The Generations of Psychotherapy Research: An Overview. **Psychoanalytic Psychology**, v.18, n. 2, p. 243–267, 2001.

_____ Outcome Research. In: COOPER A , PERSON ES. (Eds) **The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis**. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, p. 301-315, 2005a.

_____ Will psychoanalytic pluralism be an enduring state of our discipline? **Intrenational Journal Psychoanalysis**, v.86, n.3, p.623-6, 2005b.

WEBER, J.J.; BACHRACH, H.M.; SOLOMON, M. Factors associated with the outcome of Psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). **The International Review of Psycho-analysis**, v. 12, p. 127-141,1985a

WEBER, J.J.; BACHRACH, H.M.; SOLOMON, M. Factors associated with the outcome of Psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). **The International Review of Psycho-analysis**, v. 12, p. 251-262,1985b.

WERMAN, D.S. **The Practice of Supportive Psychotherapy**. New York: Brunner/Mazel, 1984.

WILCZEK, A.; BARBER, J.P.; GUSTAVSSON, J.P.; ASBERG, M.; WEINRYB, R.M. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, v.52, n. 4, p. 1163-84, 2004.

WINSTON, A.; LAIKIN, M.; POLLACK, J.; SAMSTAG, L.W.; MCCULLOUGH, L.;, MURAN, J.C. Short-term psychotherapy of personality disorders. **American Journal of Psychiatry** , v.151, n. 2, p. 190-194, 1994.

YOSHIDA, E.M.P. Mudança em Psicoterapia Breve: eficácia adaptativa e funcionamento defensivo. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 2, n. 3, p. 261-276, 2000.

ZIMERMAN, D. E. Psicoterapia e Psicanálise. In: ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, p. 31-39, 1999.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da psicoterapia psicanalítica em pacientes adultos que realizaram psicoterapia em um serviço de atendimento de Porto Alegre.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) examinar a relação entre duração de tratamento e efetividade da psicoterapia psicanalítica;

b) verificar se existe correlação na avaliação da efetividade da psicoterapia realizada por experts e na referida pelos próprios pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O respeito, a integridade e o sigilo em relação aos pacientes e à instituição, foram prioritários para a realização da pesquisa.

O consentimento livre e esclarecido (Anexo 3), a autorização da instituição com o conhecimento pleno dos procedimentos da pesquisa foram imprescindíveis para a realização desta investigação; bem como o cumprimento de todas as normas éticas nacionais e internacionais de pesquisa em saúde com seres humanos.

Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número de cadastro 200351.

6 ARTIGO PRINCIPAL[2]

Submetido a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Avaliação de Resultados da Psicoterapia Psicanalítica

Simone Isabel Jung
Maria Lúcia Tiellet Nunes
Cláudio Laks Eizirik

Resumo

Introdução: Este artigo relata uma investigação de coorte retrospectiva que avaliou a efetividade da psicoterapia psicanalítica (PP) com pacientes adultos em um serviço de atendimento comunitário na cidade de Porto Alegre-Brasil.

Metodologia: A amostra foi constituída por 34 pacientes divididos em dois grupos: Grupo 1- 17 pacientes que realizaram tratamento por até 11 meses (média de 6,4 meses) e Grupo 2- 17 pacientes com um ano ou mais de psicoterapia (24,7 meses) contatados após o término de seu tratamento psicoterápico, em média 20,9 meses no Grupo 1 e 29,9 meses no Grupo 2. Os instrumentos utilizados foram: entrevista semi-estruturada, questionário de efetividade (EQ) e escala de avaliação global do funcionamento (GAF). Experts independentes aplicaram a

[2] Formatado de acordo com as normas da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

GAF na entrevista inicial de tratamento (realizada pelo psicoterapeuta e encontrada no arquivo da instituição) e de seguimento.

Resultados: Os pacientes melhoraram significativamente seu funcionamento global, comparando a avaliação inicial e de seguimento da psicoterapia ($p < 0,001$), independentemente do grupo de tratamento. Pacientes e experts avaliaram o tratamento psicoterápico de forma satisfatória. Entretanto, a opinião dos experts não apresentou correlação com a opinião dos pacientes investigados.

Conclusões: A PP foi efetiva na amostra estudada. A duração da psicoterapia, analisada isoladamente, não foi um fator decisivo para o resultado do tratamento, isto é, outros fatores também devem ser considerados na avaliação de resultados (relação terapêutica, qualidade das relações objetais, potencial auto-reflexivo, reação às interpretações). Constatou-se que a maioria dos pacientes fica satisfeita com resultados em um tempo menor do que aquele que seus psicoterapeutas considerariam ideal.

Descritores: Psicoterapia, Terapia Psicanalítica, Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde), Avaliação de Resultado de Intervenções Terapêuticas, Pesquisa.

Abstract

Introduction: This article is about a retrospective cohort investigation, which assessed the effectiveness of the psychoanalytical psychotherapy (PP) with adult patients in a community health center in the city of Porto Alegre - Brasil .

Methodology : The sample was made up of 34 patients , divided in two groups : Group 1 -17 patients who were under treatment for until 11 months (average of 6,4 months) and Group 2 - 17 patients who were under therapy for 1 year or longer (average of 24,7 moths) . An average of 20, 9 months (Group 1) and 29,9 months (Group 2) was counted after the end of their psychotherapeutic treatment . The instruments used were: semi-structured interview, effectiveness questionnaire (EQ) and global assessment of functioning scale (GAF). Independent experts applied the GAF to the initial interview (accomplished by the psychotherapist and found in the Institution's files) as well as to the follow - up interview.

Results: Patients improved their global functioning significantly when comparing the initial assessment and the psychotherapy follow-up ($p < 0.001$), regardless of the treatment group. Patients and experts considered psychotherapy satisfactory. However, the experts' opinion did not relate to patients' opinion, thus showing a discrepancy among them regarding the specific opinion on each case. Conclusions: The PP was effective in the studied sample. Length of psychotherapy, when assessed alone, is not a decisive factor for treatment result, i.e., other factors should also be taken into account when assessing results, such as therapeutic relationship and the quality of object relations the self-awareness potential and reaction to interpretations. Most patients were found to be satisfied with results in a shorter time than their psychotherapists would consider optimal.

Descriptors: Psychotherapy, psychoanalytical therapy, outcome assessment (health care), outcome assessment of Therapeutic Interventions, Research.

Introdução

Apesar do estado atual do conhecimento psicanalítico e da relevância dos estudos já realizados, as opiniões em relação à efetividade da psicoterapia psicanalítica (PP) ainda são divergentes, tanto na mídia em geral, [1] [2] [3] quanto entre os profissionais da chamada área "psi" [4] [5] [6] [7]. Nesse contexto, a investigação sistemática dos resultados em PP ainda é uma necessidade [6], principalmente como resposta às críticas no referente à duração e qualidade dos resultados psicoterápicos [5] [7].

A avaliação da efetividade das psicoterapias teve seu início com o próprio Freud [8], através do estudo de caso único, no seu trabalho "Estudos sobre a Histeria" [9]. A partir desse estudo um número significativo de informes de pesquisas de resultados em PP foram publicados, principalmente nos anos 2000 [10] a [19]. Wallerstein [20], por exemplo, já menciona quatro gerações de pesquisas psicanalíticas de resultados. Entretanto, em uma busca em base de dados Lilacs, PubMed (período 01/90 a 04/07) e PsycINFO (1989 a 2007 Part A), encontramos apenas quatro pesquisas de resultado com adultos (não psicóticos e sem abuso de drogas) em PP ambulatorial de longa-duração, desenvolvidas ou em desenvolvimento na América Latina [21] [22] [23] [24], e destas, uma no Brasil [22]. Portanto, as pesquisas de avaliação de resultados em psicoterapia no Brasil constituem um campo fértil para a investigação psicanalítica.

O estudo apresentado neste artigo é uma investigação de coorte retrospectiva aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul (cadastro 20035) e faz parte da dissertação de mestrado da primeira autora.

O objetivo geral foi verificar a efetividade da PP em pacientes adultos que foram atendidos em um serviço de atendimento comunitário. A correlação entre a duração de tratamento e resultado e entre a opinião do paciente e de experts em PP foi analisada**.**

É relevante mencionar que, cada vez mais, nas discussões sobre psicoterapia, os termos psicanalítica e psicodinâmica têm sido usados como sinônimos [25]. Portanto, neste estudo, os termos psicoterapia psicanalítica e psicoterapia psicodinâmica serão usados como equivalentes, designando a mesma modalidade de psicoterapia derivada da Psicanálise.

Metodologia

Pacientes

Os critérios para inclusão na pesquisa foram: freqüência mínima a 18 sessões de tratamento, término de tratamento por alta (objetivos atingidos), interrupção (sem atingir todos os objetivos) e abandono (não comparecimento às sessões) ocorrido no período de 12/1999 a 07/2005 e, no mínimo, em seis meses antes da inclusão na pesquisa; idade mínima de 18 anos no início da psicoterapia.

Foram excluídos pacientes com atividades profissionais ou de formação em Psicologia e Medicina, seguindo uma norma da instituição e pacientes que retornaram para tratamento psicoterápico, por envolver questões éticas, e, para evitar um possível fator de confusão na avaliação dos resultados.

A pesquisa foi planejada para incluir pacientes com no mínimo 28 sessões de tratamento, baseada nos estudos de dose-efeito de Howard et al. [26] e Kopta et al [27], mas, no intuito de aumentar a amostra, foi reduzido o número de sessões. Através de um rastreamento do número de sessões utilizado em pesquisas de tratamentos psicodinâmicos de curta-duração dos anos 2000 [28 a 39], que apontou um amplo espectro de 1 a 63 sessões, foi possível chegar ao número mínimo de 18 sessões, e 5 pacientes foram incluídos com essa freqüência.

O tempo de *follow-up* de um ano foi o planejado inicialmente, seguindo a tendência de outras investigações [19]. Entretanto, para tornar nossa pesquisa factível no tempo disponível, incluímos casos com tempo menor de *follow-up*. Cinco pacientes foram incluídos com tempo de follow-up inferior a um ano.

Gabbard [25] propõe como tratamentos de longa-duração aqueles com mais de 24 sessões ou mais que seis meses de duração. Leichsenring et al.[40] referem de que, na Alemanha, tratamentos entre 25 a 50 sessões não são considerados longos. Portanto, esforços para definir o que é um tratamento de longa duração podem ser arbitrários [25 27]. Consideramos longa-duração, neste estudo, os tratamentos realizados com duração de um ano ou mais, de acordo com Crits - Christoph e Barber [41] e curta-duração aqueles que foram realizados com mínimo de 18 sessões ou por período máximo de 11 meses.

Instrumentos

Questionário de Efetividade (EQ). O Questionário de Efetividade é uma versão reduzida do questionário desenvolvido no *The Consumer Report Study* [42]. A tradução e adaptação do EQ para o português foi realizada por Freedman et al.[22] O EQ é composto por vinte e oito questões que investigam: motivo da busca

de tratamento, estado emocional e físico no início de tratamento e no momento atual e a percepção do paciente quanto à satisfação e benefícios com o tratamento psicoterápico.

Foi avaliado apenas o escore de efetividade (ES) que é obtido em três partes; cada uma derivada de questões separadas do EQ: progresso específico (100 pontos), satisfação do paciente com o tratamento de seus problemas pelo terapeuta (100 pontos) e progresso global (100 pontos). A pontuação de 300 significa o máximo de efetividade terapêutica; 150, nenhuma efetividade, e valores abaixo de 150, uma efetividade negativa, no sentido de um aumento de queixas psíquicas no curso do tratamento.

Entrevista Semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada foi audiogravada e, posteriormente, transcrita. Constituiu-se por uma questão abrangente no intuito de estimular verbalizações quanto ao estado atual do paciente. Quando necessário, foram realizadas intervenções de esclarecimento.

Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF). A Escala de Avaliação Global é descrita no Eixo V do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [43]. É uma escala bastante utilizada para rastrear o progresso clínico dos pacientes em termos globais, através da atribuição de uma medida única, que pode variar, de 0 a 100. A GAF foi aplicada às entrevistas de início de tratamento (encontradas dialogadas no arquivo da instituição) e às entrevistas de seguimento (final). Cada entrevista foi avaliada por, no mínimo, dois experts, havendo o cuidado para que os experts não aplicassem a GAF, a entrevista inicial e de seguimento do mesmo paciente. Foi realizado o cegamento para avaliação da GAF em relação à duração de tratamento dos pacientes, mas o mesmo

procedimento não foi possível no referente à entrevista ser inicial ou de seguimento.

Procedimentos

Os pacientes foram contatados através de correspondência, seguido por um telefonema. No contato telefônico foram esclarecidas as primeiras dúvidas do paciente em relação à pesquisa, e, após marcada uma entrevista. Nesta entrevista o paciente foi informado sobre o procedimento de pesquisa, esclarecido dúvidas, preenchido o consentimento livre e esclarecido e o questionário de efetividade. Foi realizada também, nesse contato, a entrevista semi-estruturada.Todas etapas foram realizadas pela primeira autora.

A primeira entrevista de tratamento foi encontrada, relatada pelo psicoterapeuta do paciente, nos arquivos da instituição.

Após a digitação da primeira entrevista do paciente e da transcrição da entrevista de seguimento, experts independentes aplicaram a GAF em ambas entrevistas.

Instituição

Os pacientes investigados foram indivíduos que realizaram PP no Serviço de Atendimento do ESIPP - Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica. O ESIPP é uma instituição de ensino, localizada na cidade de Porto Alegre, reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia, cuja principal finalidade é a formação de especialistas em PP.

Tratamento

A psicoterapia oferecida no serviço de atendimento do ESIPP é dirigida para o *insight*, realizada face a face, na freqüência de uma a três vezes por semana e sem utilização de manual. Ao longo do tratamento psicoterápico, os psicoterapeutas se reúnem semanalmente com supervisores da instituição (profissionais experientes em psicoterapia psicanalítica), para supervisão coletiva e individual dos casos atendidos. Realizam também, por semestre, um a três seminários de teoria e técnica psicanalítica na freqüência de uma vez por semana.

Análise Estatística

O cálculo do tamanho amostral (17 pacientes em cada grupo) foi realizado através da comparação de médias (programa WINPEPI, módulo Compare versão 1.45), para detectar uma diferença clinicamente relevante (tamanho de efeito = 1 ou mais, isto é, um ou mais desvios-padrão) entre as médias de alterações das GAFs (inicial e seguimento) nos dois grupos de tratamento, considerando $\alpha = 0,05$ e poder de 80%.

Para comparar as características dos grupos de tratamento entre si e dos não participantes, utilizamos: Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher para variáveis qualitativas, Teste "t" de Student para variáveis quantitativas com distribuição simétrica e o teste de Mann-Whitney para variáveis quantitativas com distribuição assimétrica.

O teste "t" de Student para amostras pareadas foi calculado para verificar a diferença entre os escores atribuídos as GAFs (iniciais e de seguimento) pelos experts, considerando os dois grupos de tratamento. Na tentativa de chegar a uma pontuação mais homogênea, na medida em que o resultado do teste não

encontrou diferença significativa entre as pontuações das GAFs efetuadas pelos dois experts, um terceiro avaliador foi introduzido para pontuar a GAF, quando a diferença entre as duas pontuações anteriores era maior que, mais ou menos, um desvio-padrão. Isso ocorreu em cinco casos de entrevista inicial e em sete casos de entrevista de seguimento no Grupo 1; e em quatro casos de entrevista inicial e em três de entrevista de seguimento no Grupo 2 . O escore final foi realizado através da média entre as pontuações dos três avaliadores.

A análise de variância para medidas repetidas com dois fatores - ANOVA - foi utilizada para realizar a comparação entre os escores das GAFs iniciais e de seguimento, ou seja, início e pós-tratamento conforme o grupo investigado. A magnitude da diferença média entre os dois grupos foi verificada através do tamanho do efeito (TEP) calculado pela metodologia de Cohen [44]. Para verificar a diferença entre as médias no escore de efetividade entre os grupos, realizou-se o teste "t" para amostras independentes.

A correlação de Pearson foi calculada entre a GAF final e o escore de efetividade (escores: parcial e total). A correlação de Sperman foi utilizada para correlacionar tempo de experiência do terapeuta e resultado medido pela GAF final.

Os resultados foram analisados no programa SPSS - Statiscal Package for the Social Sciences - versão 14.0., com nível de significância de 0,05.

Resultados

Características da amostra

Foram encontrados, no arquivo da instituição, 82 pacientes que preencheram os critérios de inclusão na investigação. Destes, 23 não foram encontrados, nove não aceitaram participar da pesquisa, nove foram excluídos por estarem em algum tipo de tratamento na época do contato e sete desistiram da participação antes da entrevista.

A amostra ficou constituída por 34 pacientes (número mínimo encontrado no cálculo amostral), divididos em dois grupos: Grupo 1: 17 -pacientes que realizaram tratamento em um período de até 11 meses e Grupo 2: 17 -pacientes com um ano ou mais de tratamento. A opção por este ponto de corte foi uma tentativa de comparar tratamentos considerados de curta duração com tratamentos de longa duração.

Os pacientes foram contatados em média 20,9 meses (DP = 10,7) no Grupo 1 e 29,9 meses (DP = 16,7) no Grupo 2, após o término do tratamento psicoterápico.

Apresentamos, na tabela 1, as características sociodemográficas dos pacientes participantes da pesquisa nos dois grupos de tratamento.

-inserir Tabela 1 aqui-

O gráfico a seguir, mostra os motivos da busca da psicoterapia em percentual nos grupos de tratamento investigado. Cabe ressaltar que foi possível ao paciente escolher, no questionário (EQ), mais de um motivo da busca de tratamento, ou seja, houve múltipla escolha.

- inserir Gráfico 1 aqui -

Para podermos proceder a uma comparação, rastreamos as características sociodemográficas dos indivíduos não participantes da pesquisa, ou seja, 48 pacientes (23 não encontrados, nove que recusaram a participação, nove excluídos por estarem em algum tipo de tratamento na época do contato e sete que desistiram) que serão apresentadas somente em comparação com os grupos dos participantes, no item comparabilidade.

Psicoterapeutas

Os psicoterapeutas que conduziram os tratamentos são graduados em Medicina ou Psicologia, e realizavam curso de especialização em psicoterapia na instituição. No grupo de pacientes tratados até 11 meses, a psicoterapia foi conduzida por 15 psicoterapeutas, sendo um médico e 14 psicólogos. Destes, 14 do sexo feminino e um do masculino, com média de idade de 34,6 anos (DP= 11,0) e tempo médio de experiência em psicoterapia de 2,6 anos (DP= 2,1). Dois psicoterapeutas conduziram dois tratamentos cada um, neste grupo de pacientes.

O grupo de pacientes que realizou um ano ou mais de tratamento foi tratado por 13 psicoterapeutas, sendo um médico e 12 psicólogos. Destes, 12 do sexo feminino e um do masculino, com média de idade de 39,3 anos (DP= 8,7) e tempo médio de experiência de 4,6 (DP= 3,4) anos. Neste grupo, quatro psicoterapeutas realizaram dois tratamentos cada um com os pacientes da amostra. Cabe ressaltar, como em outras pesquisas [19], em nosso estudo, dois psicoterapeutas realizaram tratamentos em ambos os grupos da amostra.

Avaliadores

Os 13 avaliadores independentes que participaram da pesquisa (dois do sexo masculino e onze do feminino) possuem graduação em Psicologia ou Medicina (Psiquiatria), sendo seis psicólogos e sete psiquiatras. Destes, dois psicanalistas e 11 com pós-graduação em nível de Mestrado (6) ou Doutorado (5). A média de idade dos avaliadores foi 41,2 anos (DP= 9,9), com uma média de tempo de experiência com psicoterapia psicanalítica de 15,4 anos (DP= 9,2).

Comparabilidade entre os grupos

A comparação entre os grupos de tratamento é essencial para a análise posterior da efetividade da psicoterapia realizada. Não encontramos diferenças significativas entre os pacientes dos Grupos 1 e 2 quanto ao sexo, cidade de residência, idade, escolaridade, estado civil, freqüência de tratamento, uso de medicação, hospitalização psiquiátrica, tratamento anterior, sexo e idade do terapeuta, tempo de contato após o término e funcionamento global no início do tratamento. O tempo de experiência dos terapeutas que trataram o Grupo 2, apesar de ser maior (2 anos aproximadamente), não foi estatisticamente significativo (Teste Mann-Witney= 92,000, p= 0,066). Encontramos uma diferença significativa entre os grupos (Teste de Qui-Quadrado= 7,404, p= 0,007) no referente ao motivo do término de tratamento: no grupo 2 ocorreram mais altas; e no Grupo 1, mais interrupções.

Comparando os pacientes dos Grupos 1 e 2 quanto aos motivos da busca de tratamento encontramos diferença significativa apenas no referente à depressão (Depressão, Humor/depressivo e luto) que foi maior no Grupo 2 (Teste Exato de Fisher, p= 0,039).

Em relação à comparação dos não participantes com até 11 meses de tratamento e dos pacientes do Grupo 1, não houve diferença significativa nas características comparadas - idade, estado civil, número de sessões, duração de tratamento, motivo da alta, cidade de moradia, escolaridade, idade, sexo e tempo de experiência do psicoterapeuta - exceto nas variáveis sexo do paciente, com maior número de homens nos não participantes (Teste de Qui-quadrado = 5,929, p= 0,015) e tempo de contatado após o término que foi maior nos não participantes (Teste T de Student para amostras independentes= 5,987, p < 0,001). O número maior de homens concentrou-se nos não participantes que não foram encontrados.

Os não participantes com um ano ou mais de tratamento, quando comparados com pacientes do Grupo 2 realizaram um número menor de sessões, (Teste T de student para amostras independentes= -2,093, p = 0,046) foram contatados em um tempo maior após a alta e (Teste T de student para amostras independentes= -5,044, p < 0,001) e eram em sua maioria solteiros (Teste de Qui-quadrado= 7,243, p= 0,027), diferenças significativas estatisticamente. A maioria de solteiros pertence aos não participantes que não foram encontrados para fazer parte da investigação. Nas outras variáveis - idade, sexo, duração de tratamento, motivo da alta, cidade de moradia, escolaridade, idade, sexo e tempo de experiência do psicoterapeuta - não encontramos diferenças significativas.

Efeito do tratamento

Na tabela 2 apresentamos o efeito de tratamento a partir da avaliação da GAF inicial e final (seguimento), nos dois grupos de tratamento.

-inserir Tabela 2 aqui.

Nesta investigação, não foi possível termos um grupo controle. Entretanto, comparamos os dados encontrados com o índice de mudança média esperada (tamanho do efeito) em grupo controle, elaborado por Leichsenring & Rabung [45], a partir de 26 estudos controlados randomizados de psicanálise e psicoterapia psicodinâmica (Média = 0,12, Desvio Padrão = 0,19). Esse tipo de comparação também foi utilizado por Leichsenring et al.[40], em 2005, na divulgação dos resultados preliminares do chamado *Göttingen study of effectiveness of psychoanalytic and psychodynamic therapy*, isto é, os dados dos pacientes tratados em psicanálise. O tamanho do efeito encontrado em nosso estudo, ao ser comparado com o índice de mudança - tamanho do efeito de grupo controle [45] - foi de 8.38 no total da amostra, 6,08 no Grupo 1 e 8,01 no Grupo 2, ou seja, uma diferença significativa tanto no total como nos grupos separadamente ($p<0,001$).

Dados do Questionário de efetividade (EQ)

A média do escore de efetividade (ES) encontrado no EQ foi de 179,71 (DP= 40,06) na amostra total, 180,30 (DP= 40,87) no Grupo 1 e 179,12 (DP= 40,48) no Grupo 2. Não houve diferença significativa entre a pontuação do escore de efetividade nos dois grupos de tratamento (Teste T de Student para amostras independentes= 0,084, p= 0,933).

A primeira pontuação do ES explicitada na tabela 3 mediu o quanto o psicoterapeuta ajudou o paciente nos problemas específicos que o levaram ao tratamento.

Inserir tabela 3

Na segunda pontuação do ES, a medida avaliada foi a satisfação do paciente com o tratamento de seus problemas pelo terapeuta, veja tabela 4.

Inserir tabela 4

A terceira pontuação do ES comparou o estado emocional do paciente no início do processo psicoterápico com o estado atual na entrevista de seguimento, isto é, o progresso global do paciente. Os pacientes marcaram uma das pontuações da seguinte escala: 1-muito ruim, 2-algo ruim, 3-mais ou menos, 4-bastante bom e 5-muito bom. Dos 17 pacientes do Grupo 1 que caracterizaram seu estado emocional como muito ruim, algo ruim ou mais ou menos no inicio da psicoterapia, 70,59% (12) avançaram uma até 3 pontuações na escala no final do tratamento, 23,53% (4) permaneceram no mesmo estado, e 5,88% (1) piorou. No Grupo 2, dos 17 pacientes que iniciaram a psicoterapia sentindo-se muito ruim, algo ruim ou mais ou menos, 64,71% (11) caracterizaram seu estado, no final do tratamento, melhor do que no início da psicoterapia, avançando uma a três pontuações na escala; 29,41% (5) permaneceram no mesmo estado; e 5,88% (1) piorou.

Correlações

A correlação entre a pontuação da GAF final (opinião dos experts) e o escore de efetividade no EQ (opinião dos pacientes) na amostra total dos pacientes foi de r=0,129 (p=0,466), ou seja, uma correlação fraca e não significativa. A correlação entre a GAF final e o estado emocional atual do paciente avaliado por ele mesmo foi de r= 0,333 (p=0,054), isto é, uma correlação regular e no limite das significações.

No Grupo 1, a correlação da GAF final e o EQ foi de r=0, 342 (p=0,179), ou seja, representa uma correlação não significativa. A correlação entre a GAF final

e a pontuação no EQ que mediu a satisfação do paciente foi de r=0,0358 (p=0,159), significando uma correlação regular, mas sem poder estatístico.

A correlação encontrada no grupo 2 entre a GAF final e o EQ não foi significativa r= -0,121 (p=0,645). A correlação de Pearson entre a pontuação da GAF final e o estado emocional atual do paciente foi de r=0,413 (p= 0,099): uma correlação regular e não estatisticamente significativa.

Procedemos ao cálculo da correlação de Sperman entre o tempo de experiência dos psicoterapeutas e o resultado de tratamento obtido pela GAF final sem encontrar significância (r=0,007, p=0,969).

Discussão

Neste estudo naturalístico retrospectivo, avaliamos a efetividade da PP com pacientes adultos em dois grupos de tratamentos: Grupo 1 - até 11 meses de psicoterapia e Grupo 2 - um ano ou mais de tratamento psicoterápico.

Ao realizarmos a comparabilidade entre os dois grupos de tratamento em termos demográficos, não encontramos diferenças significativas, exceto no referente ao motivo da busca de tratamento (informado pelo paciente no EQ) por depressão (Depressão, Humor/depressivo e luto) e ao motivo do término de tratamento.

Um número significativamente maior de pacientes do grupo 2 buscou tratamento em função da depressão (Depressão, Humor/depressivo e luto), entretanto o Grupo 1 apresentou número importante de pacientes com esta mesma queixa. O estudo comprova dados de outros informes, ou seja, os

indivíduos que buscam a psicoterapia são, em sua maioria, os que apresentam sintomas de alterações de humor [46 47 48], assim como as áreas que os indivíduos mais mostram sofrimento quando procuram psicoterapia são: casamento/parceiro, família/filhos e conflitivas com o trabalho [46 47 49].

No Grupo 2, ocorreram mais altas, e no grupo 1 mais interrupções: uma diferença compreensível na medida em que o Grupo 2 é composto pelos pacientes que se trataram por mais tempo - o que proporciona uma maior probabilidade de alta - e pelo fato de que as interrupções de tratamento tendem a acontecer mais no início dos tratamentos.

Na literatura especializada, a variedade de definições do que é considerado abandono e interrupção é um fator confundidor [50 51 52]. Independentemente dessas definições, o percentual de pacientes que desistem da psicoterapia (abandono propriamente dito ou interrupção comunicada), em diferentes idades, grupos diagnósticos e modalidades de tratamento, variam de 30 a 60 % [53]. Em estudos realizados em serviços de atendimento psicoterápico no Brasil, as taxas de desistência variam entre 35% a 68,7% da população atendida [54 55 56]. O alto índice de interrupções referidas chama a atenção, mas os dados da amostra pesquisada mostram taxas ainda maiores (Grupo 1: 16 interrupções= 94,12% e Grupo 2: 13 interrupções= 76,47%).

As variações em torno do processo do término de tratamento são muito complexas e o término, muitas vezes, caracteriza-se por interrupções com pacientes retornando mais tarde ao tratamento [57]**.** Sabe-se que menos de 20% dos pacientes, em centros de saúde mental comunitários, realizam tratamento cujo término é de mútuo acordo [50]. Nossa amostra confirma essas afirmações: além de

ter sido constituída por uma maioria de pacientes que interromperam os tratamentos, um número significativo havia recebido algum tipo de tratamento anterior.

Outro ponto a discutir em relação ao número elevado de interrupções é o fato de os psicoterapeutas serem iniciantes. A inexperiência dos psicoterapeutas pode levar à idealização e à expectativa altamente perfeccionista, aspirando a uma mudança estrutural ou a uma resolução transferencial que não seja possível com a realidade dos pacientes; pode favorecer erros contratransferenciais, e o psicoterapeuta deixa de apoiar o término em função de suas ambições pessoais; na maioria das vezes, bem maiores que a do próprio paciente [57]. Isso significa que a interpretação do psicoterapeuta como interrupção de tratamento, pode, muitas vezes, estar influenciada por estes fatores, levando à distorção do que realmente ocorreu na finalização da psicoterapia e superestimando as interrupções.

Conforme estudo de Sandell et al.[10], os psicoterapeutas mais antigos tendem a alcançar melhores resultados com seus casos, obtendo uma correlação positiva entre a quantidade de tempo que uma pessoa vem trabalhando e o resultado de seus tratamentos. Não encontramos correlação significativa entre o tempo de experiência do psicoterapeuta e o resultado de tratamento em nossa amostra. Acreditamos que, tratando-se de psicoterapeutas com pouca experiência em psicoterapia, a diferença de tempo de experiência entre eles é muito pequena, e possivelmente, não chegue a possuir uma significância no desempenho clínico.

A amostra constituída, predominantemente, por pacientes do sexo feminino ratifica dados de outros estudos em relação a maior prevalência de pacientes mulheres[12 16 19 58 59]. O sexo dos psicoterapeutas, também em sua grande maioria

feminino, mostra a tendência de um número maior de psicoterapeutas mulheres do que homens, entre os profissionais em PP no Brasil. A presença de psicoterapeuta do sexo masculino, que poderia ser interpretado como um fator de confusão, ficou controlado na medida em que ocorreu, em igual número, em ambos os grupos de tratamentos (um em cada grupo).

É pertinente assinalar que as diferenças nas pontuações das GAFs iniciais dos pacientes, nos grupos de comparação, não foram significativas, ou seja, os pacientes iniciaram seus tratamentos com um nível de funcionamento global semelhante. Este dado é relevante, considerando que o diagnóstico inicial dos pacientes não foi realizado e termos apenas uma idéia da constelação clínica da amostra, através do rastreamento dos motivos da busca de tratamento.

Em relação à comparação dos participantes e não participantes da pesquisa, as diferenças significativas encontradas tendem a justificar, em parte, a não participação dos pacientes, como: número de sessões menor e contato realizado após tempo maior da terminação. O percentual maior de não participantes até 11 meses de tratamento do sexo masculino foi significativo comparado ao grupo 1; bem como o número de solteiros nos que não participaram com 1 ano ou mais de tratamento quando comparados ao Grupo 2. Este dado é interessante, pois ocorreu em sua maioria nos não participantes que não foram encontrados. É possível levantar a hipótese de que ser do sexo masculino e solteiro pode levar o indivíduo à busca mais intensa de novas oportunidades, o que justificaria parcialmente o fato de não terem sido encontrados.

Em relação à representatividade da amostra, um questionamento sempre possível é se aqueles pacientes que foram encontrados e participaram da

pesquisa possam ser aqueles que mais atingiram seus objetivos de tratamento, sendo aqueles para os quais o tratamento falhou os não encontrados ou os que negaram a participação.

Caso considerarmos como número total os pacientes encontrados no arquivo da instituição, ou seja, 82 pacientes, o índice de perdas seria grande (58,54%), porém no mesmo percentual da pesquisa de resultados conduzida por Freedman et al.[58]. Retirando deste cálculo de perdas os pacientes não contatados (23) e aqueles excluídos por estarem realizando outro tratamento (9), o índice passa a 32% (nove que não aceitaram participar e sete que desistiram no andamento da pesquisa) da amostra de 50 pacientes. Este índice está acima das perdas encontradas nos estudos de Leuzinger-Bohleber et al.[12] e no de Grande et al. [19], no entanto, abaixo das perdas apresentadas em outros estudos de resultado [10 15 16].

A diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), encontrada no total da amostra (GAF inicial X final), demonstra que o nível de funcionamento global dos pacientes melhorou, independentemente do grupo de tratamento investigado. Porém não encontramos evidências de interação entre duração de tratamento e resultado ($p= 0,581$), ou seja, com esta amostra a duração do tratamento por si só não exerceu influência na melhora do funcionamento global, pois os pacientes, em ambos os grupos, melhoraram na mesma proporção. Este dado difere de investigações anteriores, cujos resultados comprovam que a duração ou tempo de tratamento possuem relação direta com o resultado [10 22 58 60 61]. A ampliação da amostra desse estudo é necessária, pois com um "n" maior talvez fosse possível detectar diferenças no resultado do tratamento dos grupos investigados.

Uma pergunta a se fazer é se o paciente poderia apresentar uma melhora intensa no funcionamento global no início do tratamento, e, ainda, se a GAF seria um instrumento sensível o bastante para detectar mudanças estruturais e transferências que geralmente acontecem em tratamentos de longa-duração. A melhora sintomática no inicio dos tratamentos e a possível falta de sensibilidade da GAF para mudanças mais profundas poderia justificar, de certa forma, os resultados semelhantes nos dois grupos, ou seja, seria uma questão para futuras pesquisas.

Outro fator a considerar, apesar de controverso, é o que Malan [62] denominou de "eros terapêutico", ou seja, o entusiasmo que toma conta dos psicoterapeutas iniciantes. O autor descreveu uma disposição contagiante dos psicoterapeutas que leva a repercussões positivas sobre o resultado da terapia, apesar de mais tarde ter proposto o abandono dessa hipótese [63]. Entretanto, esta parece ser uma constatação clínica à espera de uma melhor compreensão ou comprovação em pesquisa.

De uma maneira geral é de se esperar que psicoterapeutas com maior experiência possibilitem melhores resultados de tratamento, como comprovado por Sandell et al.[10]. Portanto, possivelmente com psicoterapeutas mais experientes teríamos uma probabilidade maior de encontrar uma diferença significativa entre o resultado de tratamento dos pacientes do Grupo 1 e 2.

O relevante a considerar é que, com esta amostra, fica comprovado que, analisada individualmente, a duração de tratamento, necessariamente, não é um fator decisivo para o resultado psicoterápico, e que, certamente, outros fatores

devem ser considerados como a relação terapêutica, a qualidade das relações objetais, o potencial auto-reflexivo e a reação às interpretações.

O tamanho do efeito de tratamento encontrado (GAF inicial x final) pode ser considerado grande (Cohen[44]) na amostra total e nos grupos separadamente. Esses índices, quando comparados ao índice de mudança média (tamanho do efeito), elaborado por Leichsenring e Rabung [45], foram significativamente maiores, independentemente do grupo de tratamento (índices semelhantes aos encontrados por Leichsenring et al [40]). Estes dados além de ratificarem os resultados encontrados, permitem considerar que a melhora encontrada nos pacientes tem uma probabilidade maior de ser atribuída ao tratamento psicoterápico do que a qualquer outra variável.

O número elevado de interrupções, apontado anteriormente, contrasta com a opinião dos pacientes sobre o tratamento vivenciado, emitida através do preenchimento do EQ. Em sua maioria, os pacientes de ambos os grupos: sentiram-se completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou razoavelmente satisfeitos com o tratamento, dado pelo terapeuta, aos seus problemas; consideraram que a psicoterapia/ psicoterapeuta tornou as coisas muito melhores ou melhores em relação ao motivo da busca de tratamento e caracterizaram seu estado, no final do tratamento, como melhor do que no inicio da psicoterapia.

Especificamente em relação à satisfação de tratamento, somando o percentual dos pacientes completamente satisfeitos, muito satisfeitos e razoavelmente satisfeitos, encontramos neste estudo: Grupo 1 - 88.24% de satisfação (11,76% de insatisfação) e no Grupo 2 - 94.12% (5,88% de insatisfação). Esses dados reforçam a idéia de que a maioria dos pacientes ficam

satisfeitos com resultados em um tempo menor do que aquele que seus psicoterapeutas considerariam ideal e terminam o tratamento, muitas vezes, à revelia do psicoterapeuta que ambiciona mais melhoras ao seu paciente; ou seja, para o paciente houve uma alta; e, para o psicoterapeuta, uma interrupção. Isso seria o mesmo que dizer que o número de altas está subestimado pelos psicoterapeutas. Esses achados podem ser referendados pelo estudo de Leuzinger-Bohleber et al.[12], no qual os analistas se mostraram muito mais críticos em relação aos resultados do tratamento que os pacientes.

O escore médio de efetividade do EQ de 179,71 (DP= 40,056), na amostra total, é relativamente inferior ao encontrado em outras pesquisas [60] [64]. Deve-se levar em conta que as amostras, nestes estudos, não são homogêneas, e que tais diferenças podem expressar os contextos em que as investigações foram realizadas. Quanto à comparação do EQ nos grupos de tratamento, não houve diferença significativa na pontuação do escore de efetividade, ou seja, os pacientes possuem opiniões semelhantes quanto ao tratamento independentemente de pertencer a um ou a outro grupo de tratamento investigado.

Não encontramos correlação significativa entre a pontuação da GAF final e o escore de efetividade no EQ na amostra total dos pacientes e nos grupos de tratamento. Isso significa que a opinião dos experts, emitida através da pontuação da GAF final, não apresenta correlação com a opinião dos pacientes, avaliada através do escore de efetividade. Os dados mostram uma tendência de correlação (regular e no limite das significações) entre a GAF final e o estado emocional atual do paciente, avaliado por ele mesmo.

É possível supor que, apesar de ambos, experts e pacientes, considerarem, de uma maneira geral, que a psicoterapia oferecida foi efetiva, houve discrepância quanto à opinião específica de cada caso. Além disto, há que ser considerada a dimensão subjetiva de cada paciente em sua avaliação do próprio tratamento, o que leva a possíveis inclusões de suas fantasias, expectativas e transferências como aparente sinal de melhores ou piores resultados. Tratando-se de duas medidas diferentes (GAF e EQ), não foi possível verificar, se houve maior rigor por parte dos avaliadores ou pelo paciente na avaliação dos tratamentos.

Cabe apontar as limitações de nosso estudo: amostra pequena, coleta de dados retrospectiva, utilização de psicoterapeutas em formação, uso de poucos instrumentos de medidas, ausência de grupo controle e de diagnóstico dos pacientes investigados.

Existe a possibilidade de, com uma amostra ampliada, conseguirmos detectar diferenças no resultado de tratamento dos pacientes do Grupo 1 e Grupo 2, ou seja, talvez encontrar uma interação entre duração e resultado de tratamento, como em outros estudos; considerando que, com o número de participantes de nossa amostra o poder estatístico do resultado encontrado é pequeno (8 a 15%). Entretanto, com este número de pacientes (17 em cada grupo) teria sido possível detectar uma diferença clinicamente relevante (um ou mais desvios-padrão) entre as médias de alterações das GAFs (inicias e seguimento) nos dois grupos de tratamento (poder de 80% e $\alpha = 0,05$).

A reconstrução do passado, após a ocorrência do desfecho, pode introduzir um viés de memória na percepção do paciente em relação ao tratamento psicoterápico. Contudo a avaliação de que o tratamento, de uma forma geral, foi

efetivo tanto na opinião dos pacientes como na opinião dos experts, sugere que o viés de memória não distorceu de forma significativa a apreciação dos resultados. A vantagem de um estudo retrospectivo está em não influenciar o processo e o resultado da psicoterapia, o que em nosso meio é algo significativo em função de certa resistência à pesquisa por parte dos psicoterapeutas.

O tratamento conduzido por psicoterapeutas inexperientes poderia ser um fator confundidor, mas, como os resultados de melhora na mostra foram significativos, este fato contribui para a comprovação da efetividade de tratamento, mesmo com profissionais iniciantes. O que pode ter ficado menos claro foi à comparação realizada entre resultado e duração de tratamento, pois como já mencionamos, talvez com psicoterapeutas mais experientes poderíamos ter encontrado diferenças significativas no resultado entre os dois grupos de tratamento.

A utilização de múltiplas medidas parece ser o mais adequado para avaliar resultados em psicoterapia [65 66]. Nossos instrumentais foram limitados: entrevista semi-estruturada, questionário auto-aplicável e escala clínica (GAF) aplicada por experts. A GAF e a entrevista são instrumentos bastante utilizados em pesquisas, porém o EQ tem limites, como a não validação para o português (apesar de ter sido utilizado uma tradução adaptada em nosso país por Freedman et al.[22]) e por não estar bem consolidado como instrumento de pesquisa.

A condução das entrevistas de seguimento pela primeira autora deste artigo pode significar um viés do pesquisador, mas foi balanceada pela avaliação da entrevista por experts independentes. Não foi possível o cegamento em relação as entrevistas avaliadas serem iniciais ou de seguimento, o que pode ter gerado

certa influência no resultado das avaliações. Entretanto, houve o cuidado para que os experts não avaliassem a entrevista inicial e de seguimento do mesmo paciente.

A ausência de um grupo controle de pesquisa decorre, principalmente, de dificuldades éticas e logísticas. Nossos resultados, entretanto, são fortalecidos pela comparação realizada com o índice de mudança média esperada em grupo controle elaborado por Leichsenring e Rabung[45], na qual foi detectada uma mudança significativamente maior no grupo de tratamento psicoterápico.

A falta de um diagnóstico inicial da amostra é outra limitação. Neste estudo, houve certa compensação da ausência de diagnóstico através do rastreamento dos motivos de busca de tratamento e do fato do nível de funcionamento global dos pacientes não terem diferido no início do tratamento. É relevante mencionar que, segundo Jones [67], não há uma relação direta entre o diagnóstico formal e o processo de mudança em psicoterapia e, raramente, ele é útil na antecipação de eventos do tratamento.

Conclusões

Os resultados do presente estudo indicam que os pacientes tratados com PP na amostra investigada melhoraram seu funcionamento global e possuem uma opinião favorável sobre os ganhos com o tratamento psicoterápico. No entanto, a opinião dos experts e a dos pacientes não foram correlacionadas positivamente, apesar de ambas demonstrarem a melhora significativa dos pacientes. A duração de tratamento isolada não foi determinante para o resultado da psicoterapia

psicanalítica. Esta é certamente uma área de grande relevância para futuras pesquisas em psicoterapia psicanalítica.

Investigar é um dos nossos desafios como profissionais em saúde mental independentemente do alcance, limites e dificuldades em pesquisar sobre a efetividade dos tratamentos. Como dizem De La Parra et al.[68] "investigar representa um imperativo ético: é realmente eficaz o que estamos propondo no momento que fazemos a indicação de psicoterapia?"

Agradecimento

Agradecemos ao Dr. Falk Leichsenring e Dr. Rabung pelo envio do artigo Change norms: a complementary approach to the issue of controls groups in psychotherapy outcome research (na época ainda não publicado) para a utilização nesta investigação.

Referências

1. Vitória G. A busca da felicidade. Rev Isto é. 1995; 1356:100-7.
2. Cavalcante R. A Psicanálise no divã. Rev Super Interessante. 2002; 181:43-50.
3. Lima JG. Freud é um vencedor: entrevista com Renato Mezan. Rev Veja. 2006: 39(17): 13-7.
4. Solms M. Freud está de volta. Sci Am Bras. 2004; 3 (25):51-6.
5. Hobson AL. Freud está de volta? Como num pesadelo. Sci Am Bras. 2004; 3 (25):57.

6. Eizirik CL. Psychoanalysis as a work in progress. Int J Psychoanal. 2006; 87:645-650.

7. Kandel, ER. A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. Rev Psiquiatr RS. 2003; 25:139-165.

8. Tiellet M, Lhullier AC. Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. Rev Bras Psicoter. 2003; 5(1): 97-112.

9. Freud S. Estudos sobre Histeria. In: Strachey, J. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. VII p. 12-115, 1989 (Original publicado 1895).

10. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert JR. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. Int J Psychoanal. 2000; 81:921-942.

11. Brockmann J, Schluter T, Eckert J. Therapy goals, change of goals and goal attainment in the process of psychoanalytically oriented and behavior long-term therapy--a comparative study from the private practices of insurance-registered psychotherapists. Psychother Psychosom Med Psychol. 2003; 53(3-4):163-70.

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

13. Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Gottingen study of psychoanalytic therapy: first results. Int J Psychoanal. 2005; 86(Pt 2):433-55.

14. Huber D, Klug, G e Von Rad, M. Die Münchner Prozess – Outcome Studie – Ein Vergleich Zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psichotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Eds). Psychoanalytische Langzeittherapien. Stuttgart: Kohlhmmer; 2001.

15. Bond M, Perry JC. Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. Am J Psychiatry. 2004; 161(9):1665-1671.

16. Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. J Am Psychoanal Asso. 2004; 52(4):1163-84.
17. Gerber AJ, Fonagy P, Target M, Bateman A e Higgit A. Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A qualitative study of treatment process and outcome, 2004. Disponível em: http://www.ipa.org.uk/research/htmlgerber.pdf. Acessado jul 2006.
18. Bond M, Perry JC. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. J Nerv Ment Dis. 2006; 194(1):21-6.
19. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M et al. Differential Effects of Two Forms of Psychoanalytic Therapy –Results of the Heidelberg-Berlin Study. Psychother Res. 2006; 16:470-485.
20. Wallerstein, RS. Outcome Research. In: Cooper A, Person ES. Editores. The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing; 2005. p.301-315.
21. Bernardi RE. Investigación clínica e empírica sistemática em psicoanálisis. In Lhullier AC. (org). Novos Modelos de Investigação em psicoterapia. Pelotas: Educat – Editora da Universidade Católica de Pelotas; 1998. p. 23-42.
22. Freedman N, Hoffenberg J, Vorus N, Eizirik C, Knijinik D. Tiempo en tratamiento: Observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre, Brasil. Invest Psicoan Psicoter. 2001:87-101.
23. Rascón RS, Corona PC, Latirgue T, Rios JM, Garza DL. A successful trial utilizing the Leuzinger-Bohleber methodology for evaluation of psychoanalytic treatment: Preliminary report. Int J Psychoanal. 2005; 86: 1425-40.
24. López Moreno C, Schaleyeff C, Acosta SR, Vernengo P, Roussos AJ e Lerner BD. Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. Psychother Res. 2005; 15(3): 199-209.

25. Gabbard, GO. Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J - Oxford Textbook of Psychotherapy. 1a ed. EUA: Oxford University Press. 2005 cap 1. p 3-13.
26. Howard K, Kopta S, Krause M, Orlinsky, D. The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychol Assoc.1986; 4:159-164.
27. Kopta SM, Howard KI, Lowry JL, Beutler LE. Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. J Consult Clin Psychol.1994; 62:1009-1016.
28. Milrod B, Busch F, Leon A, Shapiro T, Aronson A, Roiphe J, et al. Open Trial of Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder: A Pilot Study. Am J Psychiatry. 2000; 157(11):1878-1880.
29. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge l. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of out-patient treatments. Br J Psychiatry. 2001; 178:216-21.
30. Junkert-tress B, Schnierda U, Hartkamp N, Schmitz N, Tress W. Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: a prospective 1-year follow-up study. Psychother Res 2001; 11(2):187-200.
31. Abbass, A. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness. Am J Psychotherapy. 2002; 56(2):225-32.
32. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset, N. Psychodynamic Psychotherapy and Clomipramine in the Treatment of Major Depression. Psychiatric Services. 2002; 53(5):585-590.
33. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. Br J Psychiatry. 2003; 182:41241-9.
34. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baity MR, Mooney MA. Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. J Ner Ment Dis. 2003; 191(6):349-57.

35. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. Am J Psychiatry. 2004; 161(5):810-7.
36. Muran JC, Safran JD, Samstag LW, Winston A. Alliance-focused treatment for personality disorders. Psychother Theor Res Pract Train.2005; 42(4):532-45.
37. Maina G, Forner F, Bogetto F. Randomized Controlled Trial Comparing Brief Dynamic and Supportive Therapy with Waiting List Condition in Minor Depressive Disorders. Psychother Psychosom**.** 2005; 74:43-50.
38. Hersoug AG, Bogwald KP, Hoglend P. Changes of Defensive Functioning: Does Interpretation Contribute to Change? Clin Psychol Psychother. 2005;12(4):288-296.
39. Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-clark, J, Cooper M. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. Psychol Med. 2006;36,(4):555-66.
40. Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Gottingen study of psychoanalytic therapy: first results Int J Psychoanal. 2005; 86,433-55.
41. Crits-Christoph P e Barber JP. Long-term psychotherapy. In: Ingram, RE, Snyder CR. Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes an Practices for the 21st Century . New York: Wiley; 2000. p. 455-473.
42. Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. Am Psychol Assoc. 1995; 50: 965-974.
43. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4 th ed). Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
44. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. (2n ed). Hilllsdale, NJ: Erlbaum.1988.
45. Leichsenring, F. & Rabung, S. Change norms: a complementary approach to the issue of controls groups in psychotherapy outcome research. Psychother Res. 2006; 16: 594-605.
46. Urtiaga, M.E., Almeida, G., Vianna, M.E.D., Santos, M.V. & Botelho, S. Fatores preditivos de abandono em psicoterapias. Um estudo na Clínica Sérgio Abuchaim. J Brás Psiquiatr. 1997; 46:279-283.

47. Pinheiro SD. Vínculo e abandono em psicoterapia psicanalítica [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.
48. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wangs PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003; 289:3095-3105.
49. Montado G. Psicoterapia Focal psicoanalítica: Investigación de Proceso y resultados. In: Bernardi R, Defey D, Hebert EJ, Fiorini H, Fonagy P, Gril S, Jiménez JP, Kächele H, Kernberg O, Montado G, Rivera J, Sandell R. Psicoanalisis Focos y Aperturas. Montevideo: Agora/Psicolibros; 2001. p. 248-261.
50. Beck NC, Lamberti J, Gamachei M, Lake EA, Fraps CL, McReynolda WT, Reaven N, Heisler GH, Dunn J. Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out ofpsychotherapy. J Clin Psychol.1987;43:511-20.
51. Garfield, S.L. Research on client variables in psychotherapy – Research pertaining to continuation in psychotherapy. In: Bergin A, Garfield S, Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley;1994: 190-228.
52. Lhullier AC. Abandono de Tratamento em psicoterapias realizadas em uma clinica-escola. [Tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul; 2002.
53. Baekland F, Lundwall L. Dropping Out of Treatment: A Critical review. Psychol Bull.1975;82:738-783.
54. Lopez MA. Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia. Arq Bras Psicol. 1983;39:123-135.
55. Carvalho RMLL, Térziz A. Caracterização da população atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia - PUCCAMP. Estud Psicol (Campinas). 1988; 1:112-125.
56. Lhullier AC, Nunes MLT, Antochevis AF, Porto AM, Figueiredo D. Mudança de psicoterapeuta e abandono da psicoterapia em uma clínica-escola. Aletheia. 2000; 11:7-11.

57. Gabbard GO. Elaboração e término. In: Gabbard GO. Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo. Texto Básico. Porto Alegre: ArtMed; 2005: 161-178.
58. Friedman RC, Garrison WB, Bucci W, Gorman BS. Factors affecting change in private psychotherapy patients of senior psychoanalysts: an effectiveness study.Abstract from: PubMed - Item 16448339. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed Acessado jan 2006.
59. Vargas F. Abandono de psicoterapia em instituição de formação de psicoterapeutas [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.
60. Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosch A. The effectiveness of Psychoanalytic Psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions and the therapeutic relationship. J Am Psychoanal Assoc. 1999; 47, 741-772.
61. Kordy, H.; Von Rad, M. & Senf, W. Empirical hypotheses on the Psychotherapeutic treatment of psychosomatic patients and short e long-term time unlimited psychotherapy. Psychother Psychosom. 1989; 52:155-163.
62. Malan D. Toward the validation of dynamic psychotherapy. Nem York: Plenun Medical Boock Company; 1976.
63. Malan D. Resultados sobre o segundo estudo em Psicoterapia Breve. In: Malan D. As fronteiras da psicoterapia breve: Um exemplo de convergência entre pesquisa e prática Médica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. p. 57-65
64. Hartman, S. & Zepf, S. Saarland Study of Psychotherapy Effectiveness and Patient Satisfaction. Available from: http://www.ipa.org.uk/research/hartmann_odr.pdf. Acessado em nov 2005.
65. Edmonstone Y, Freeman C. Research in Psychotherapy. In: Freeman C, Tyler P. (Eds). Research Methods in Psychiatry: a beginner's guide. EUA: American Psychiatric Press; 1992. p. 209-232.
66. Aveline M, Strauss B, Stiles WB.In Gabbard GO, Beck JS, Holmes. Oxford Textbook of Psychotherapy. EUA: Oxford University Press; 2005.p. 449-462.

67. Jones EE. Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic psychotherapy. New Jersey: Aronson; 2000.

68. De La Parra G, Von Bergen A,Del Rio M. Primeros hallazgos de la aplicación un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. Disponível em: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es> Acessado jul 2005.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra

	Grupo 1: Pacientes até 11m Tratamento (n=17)	**Grupo 2: Pacientes 1a ou + Tratamento (n=17)**
Idade	M= 32,4 anos	M= 34,1 anos
	DP= 9,5	DP= 8,2
Sexo	F= 16 (94,12%)	F= 13 (76,47%)
	Ma= 1(5,88%)	Ma= 4 (23,53%)
Estado Civil		
Casado	6 (35,29%)	5 (29,41%)
Solteiro	9 (52,95%)	7 (41,18%)
Divorciado/Separado	2 (11,76 %)	5 (29,41%)
Instrução		
Superior/Sup.Incomp.	11 (64,71%)	14 (82,35%)
Ens.Médio/Fundamental	6 (35,29%)	3 (17,65%)
Residência	PA= 16 (94,12%)	PA= 16 (94,12%)
	GrPA = 1(5,88%)	GrPA = 1(5,88%)
DuraçãoTratamento	M= 6,4 meses	M = 24,7 meses
	DP=2,6	DP = 9,3
Número de sessões	M= 31,1 sessões	M= 148 sessões
	DP= 13,4	DP= 77,9
Freqüência do Trat.		
1 vez por semana	14 (82,36%)	11 (64,70%)

2 vezes por semana	2 (11,76%)	6 (35,30%)
3 vezes por semana	1 (5,88%)	-
Motivo do término		
Alta	1 (5,88%)	4 (23,53%)
Interrupção	16 (94,12%)	13 (76,47%)
Uso de medicação	S= 1(5,88%)	S= 1 (5,88%)
	N= 16 (94,12%)	N= 16 (94,12%)
Tratamento	S= 11(64,70%)	S= 12 (70,59%)
Anterior	N= 6 (35,30%)	N= 5 (29,41%)
Hospitalização	S= 1(5,88%)	S= 2 (11,76%)
Psiquiátrica	N= 16 (94,12%)	N= 15 (88,24%)

m= meses, n= número de pacientes, a= ano, M= Média, DP= Desvio-Padrão, F= Feminino, Ma=Masculino, PA= Porto Alegre, GrPA= Grande Porto Alegre, S= Sim, N= Não, Trat.:Tratamento, Sup.Incomp.= Superior Incompleto, Ens.= ensino

Tabela 2. Efeito de tratamento

	GAF Inicial	GAF Final[a]	P1	P2	P3	Tamanho do efeito[b]
Grupo 1[c]	M=57,18	M=72,38				1,33
(n 17)	DP=8,38	DP=12,12				
Grupo 2[d]	M=57,04	M=74,62				1,18
(n 17)	DP=5,78	DP=10,18				
Total	M=57,11	M=73,50	<0,001	0,581	0,666	1,47
(n 34)	DP= 7,09	DP=11,08				

GAF= Escala de Avaliação Global do Funcionamento, [a] seguimento,

[b] Cohen (1988), [c] Pacientes com até 11meses de tratamento,

[d] Pacientes com um ano ou mais de tratamento, M= média, DP = desvio padrão,

P1= valor p associado à comparação GAF inicial x final independente do grupo de tratamento - Anova para medidas repetidas.

P2= valor p associado à comparação das variações da GAF inicial x final conforme os dois grupos (interação) - Anova para medidas repetidas

P3= valor p associado à comparação entre os grupos (independente GAF inicial/final) - Anova para medidas repetidas

Gráfico 1. Motivos da busca de tratamento

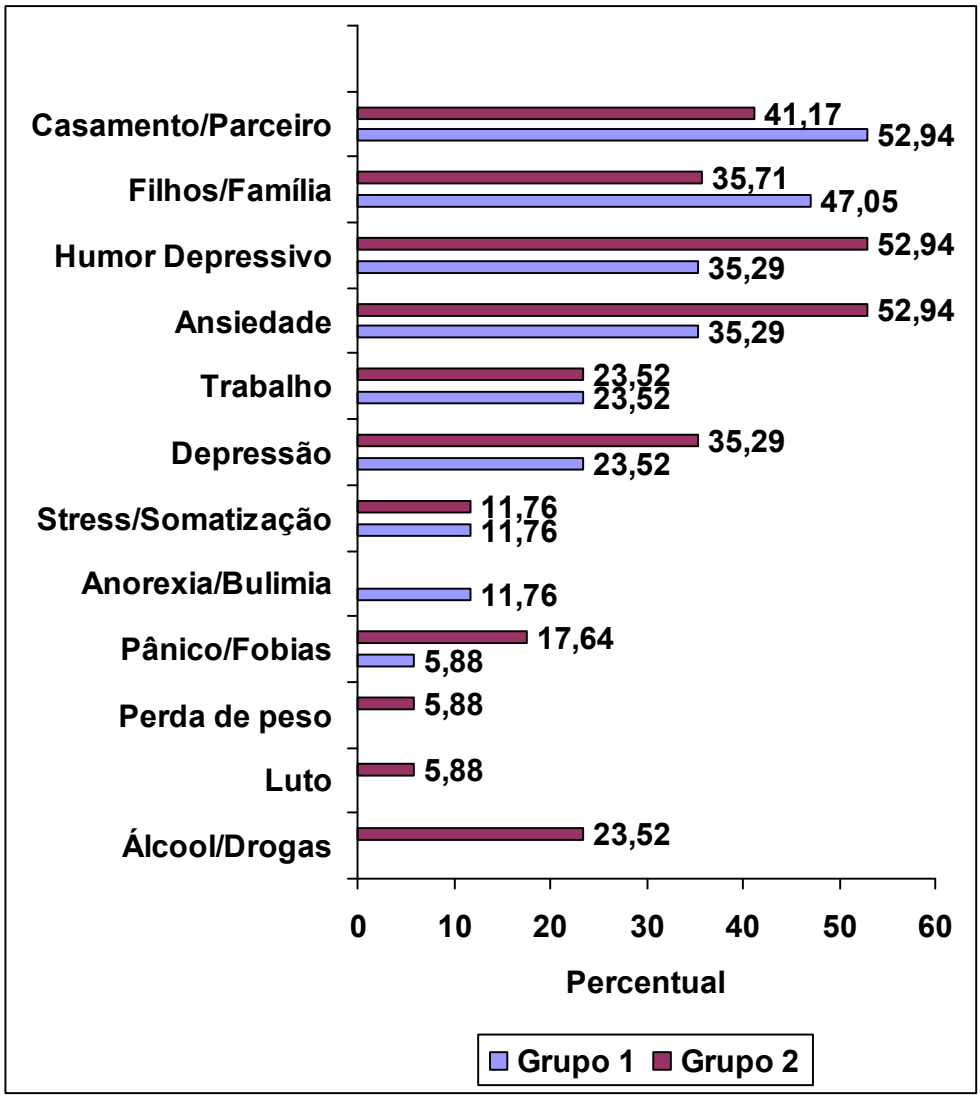

Tabela 3. Progresso específico de tratamento

	Grupo 1: até 11m Tratamento (n= 17)	Grupo 2: 1 a ou + de Tratamento (n= 17)
Muito melhor	52,94% (9)	52,94% (9)
Melhor	29,41% (5)	29,41% (5)
Não fez diferença	11,77% (2)	17,65 (3)
Algo pior	5,88% (1)	
Muito Pior		
Não tem certeza		

m= meses, n= número, a= ano

Tabela 4. Satisfação com o tratamento de seus problemas pelo psicoterapeuta

	Grupo 1: até 11m Tratamento (n= 17)	Grupo 2: 1 a ou + de Tratamento (n= 17)
Compl. Satisfeito	17,65% (3)	23,53% (4)
Muito satisfeito	52,94% (9)	29,41% (5)
Raz. Satisfeito	17,65% (3)	41,18% (7)
Algo insatisfeito	11,76% (2)	
Muito insatisfeito		
Compl. Insatisf.		5,88% (1)

Compl. = Completamente, Raz.= Razoavelmente, Insatisf.= Insatisfeito

m= meses, n= número, a= ano.

7 CONCLUSÔES

Os resultados do presente estudo indicam que:

a) os pacientes tratados com psicoterapia psicanalítica na amostra investigada melhoraram seu funcionamento global comparando a avaliação inicial e de seguimento da psicoterapia ($p < 0,001$). Portanto, para esta amostra a psicoterapia psicanalítica foi efetiva;

b) a melhora do funcionamento global dos pacientes ocorreu em ambos os grupos de tratamento, ou seja, não encontramos interação entre a duração do tratamento e o resultado psicoterápico. O nível de funcionamento global dos pacientes dos dois grupos, tanto no início como no seguimento de tratamento, foi semelhante;

c) a duração de tratamento, analisada isoladamente, não é um fator decisivo para o resultado psicoterápico. Isso significa que outros fatores também devem ser considerados na avaliação de resultados, como a relação terapêutica, a qualidade das relações objetais, o potencial auto-reflexivo e a reação às interpretações.

d) os pacientes, em sua maioria, possuem uma opinião favorável sobre seus tratamentos, independentemente da duração de tratamento. Em geral, sentiram-se completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou razoavelmente satisfeitos com o tratamento dado pelo terapeuta aos seus problemas; consideraram que a psicoterapia/ psicoterapeuta tornou as coisas muito melhores ou melhores em relação ao motivo da busca de tratamento e caracterizaram seu estado, no final do tratamento, como melhor do que no inicio da psicoterapia;

d) o alto índice de satisfação de tratamento dos pacientes, independentemente da duração de tratamento, contrastou com as taxas elevadas

de interrupções apresentadas pelos psicoterapeutas. Constatou-se que a maioria dos pacientes ficam satisfeitos com resultados em um tempo menor do que seus psicoterapeutas considerariam ideal;

e) pacientes e experts independentes avaliaram o tratamento psicoterápico de forma satisfatória. Entretanto, a opinião dos experts, emitida através da pontuação da GAF final, não apresenta correlação com a opinião dos pacientes, avaliada através do escore de efetividade; o que denota que houve discrepância entre eles quanto à opinião específica de cada caso.

ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de Aprovação do Artigo de Revisão

Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Revista de Psiquiatria

Porto Alegre, 20 de dezembro de 2006.

Prezado(as) colega(s),

Simone Isabel Jung, Ana Paula Fillippon, Maria Lúcia Tiellet Nunes, Cláudio Laks Eizirik

Seu artigo intitulado "**História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração.** "artigo n°**852** , avaliado por nossos pareceristas, foi aceito para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul na edição nº 3 – volume 28 - 2006.

Agradecemos pelo envio de seu artigo e esperamos poder continuar contando com sua valiosa colaboração. Qualquer dúvida favor entrar em contato com a Secretaria da Sociedade de Psiquiatria - Revista de Psiquiatria pelo fone: **51 3024.4846** ou e-mail revista@sprs.org.br.

Acesse o site: www.scielo.br/rprs

Atenciosamente,

Carmem Emília Keidann
Editora da Revista de Psiquiatria do RS

Flávio Shansis
Editor da Revista de Psiquiatria do RS

ANEXO 2 - Correspondência aos ex-pacientes

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre tratamentos psicoterápicos efetuados no ESIPP – Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica, como parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Mestrado em Psiquiatria da UFGRS. Para tanto, gostaríamos de contar com sua colaboração para obter informações gerais sobre a sua impressão de seu tratamento realizado em nossa instituição. O objetivo do estudo é avaliar o serviço de atendimento e contribuir para melhorar a efetividade da psicoterapia oferecida pelo ESIPP. Caso você sentir-se ansioso, incomodado ou achar que participar da pesquisa possa interferir em seu bem-estar, sinta-se à vontade para não fazê-lo.

Em breve você será contatado por telefone pela coordenadora da pesquisa, Psicóloga Simone Isabel Jung, que prestará as informações que se fizerem necessárias. Neste contato você poderá tomar a decisão de participar ou não da pesquisa. Seu telefone em nosso cadastro é: _____. Portanto, caso seu telefone tenha mudado, pedimos que faça contato pelo telefone 99171261, comunicando a coordenadora da pesquisa seu novo número. Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de outros pacientes.

Atenciosamente,

---------- ----------

Suzana Notti
Coord. Serviço Atendimento/ESIPP

Sheyla Boroswki
Coord. do Centro de Pesquisa/ESIPP

Simone Isabel Jung
Coord. da Pesquisa/Mestranda UFRGS

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre tratamentos psicoterápicos efetuados no ESIPP – Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica, como parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Mestrado em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A autoria da pesquisa é da psicóloga Simone Isabel Jung, e a orientação do estudo é realizada pelo Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik (pesquisador responsável por este projeto) e a co- orientação pela Prof. Drª Maria Lúcia Tillet Nunes.

O objetivo da pesquisa é contribuir para melhorar a efetividade da psicoterapia em nossa instituição. Para tanto, gostaríamos de contar com sua colaboração para obter informações gerais sobre a sua impressão de seu tratamento realizado no ESIPP. No entanto, solicitamos que você leia atentamente este documento antes de tomar qualquer tipo de decisão sobre a sua participação.

A pesquisa envolve: o preenchimento de um questionário que visa obter dados sobre o tratamento psicoterápico e uma entrevista, gravada em áudio, com a autora do projeto, para colher um relato da impressão do tratamento realizado e dos resultados alcançados. Posteriormente, a gravação será transcrita tendo-se o cuidado de utilizar nomes fictícios e alterados os dados que de algum modo possam identificar você (por exemplo, seu nome próprio). A entrevista transcrita será examinada, juntamente com entrevistas de outros participantes da pesquisa, por profissionais (psicólogos e psiquiatras) treinados que não terão qualquer informação prévia sobre o tratamento que você realizou na instituição. Somente a pesquisadora autora do projeto e seu orientador terão acesso total às informações completas dos dados pesquisados e, serão eles os responsáveis pela guarda do

material (fitas e relatos transcritos) até o final da análise dos dados da pesquisa, em 2006, quando o material será incinerado.

Asseguramos, portanto, que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação e publicação das informações serão realizadas em revistas e eventos científicos, de forma anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de outros participantes da pesquisa.

NOME DO PARTICIPANTE: _____

IDADE**:** _____ SEXO**:** _____

A partir do momento em que assino este documento, estarei aceitando participar da pesquisa *Avaliação de Resultados da Psicoterapia Psicanalítica em um serviço de atendimento de Porto Alegre,* realizada pela psicóloga Simone Isabel Jung, orientada pelo Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik e co-orientada pela Prof. Drª Maria Lúcia Tillet Nunes, como parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro ter recebido informações claras e completas sobre a pesquisa e ter decidido livremente participar, estando ciente que:

1º Foram explicados os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Serão utilizados: um questionário para busca de informações sobre a efetividade do tratamento e uma entrevista para colher a sua impressão do tratamento psicoterápico.

2º A entrevista realizada será gravada em áudio.

3º Poderei interromper minha participação em qualquer etapa da pesquisa.

4º Minha participação nesta pesquisa não terá ônus financeiro para mim.

5º Assinando este documento autorizo os pesquisadores a utilizarem os dados obtidos para fins científicos, incluindo a divulgação e publicação dos mesmos, sempre de forma anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de outros participantes.

6º Caso necessitar de algum esclarecimento sobre minha participação na pesquisa, poderei entrar em contato com a pesquisadora Simone Isabel Jung pelos fones: 5421722 e 99171261.

Assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

_____ Data: _____/ _____/

Assinatura do Participante

_____

Simone Isabel Jung

Autora da Pesquisa

ANEXO 4 - Questionário de efetividade

Por favor, responda a estas perguntas sobre o seu tratamento na Instituição.
As respostas serão mantidas em sigilo total.

1. Qual dos seguintes problemas fizeram-no(a) buscar psicoterapia?

(Marque TODAS as alternativas adequadas)
Ansiedade generalizada ..... ( )
Ataques de Pânico ou Fobias ..... ( )
Depressão ..... ( )
Humor depressivo freqüente (ansiedade, tristeza, brabeza) ..... ( )
Problemas escolares ou com drogas ..... ( )
Luto pela perda de um ente querido ..... ( )
Perda de peso ..... ( )
Problemas Alimentares (como anorexia ou bulimia) ..... ( )
Problemas no casamento ou com o parceiro (a) ..... ( )
Problemas com os filhos ou outros membros da família ..... ( )
Problemas no trabalho ..... ( )
Problemas relacionados ao estresse, como dor de cabeça ou dor abdominal . ( )
Outros: _____
_____

2. Como você caracteriza o seu estado emocional geral quando procurou ajuda nesta instituição?
(Escolha só uma resposta)
Muito ruim: Eu mal conseguia lidar com as coisas ..... ( )
Algo ruim: A vida estava bastante difícil para mim ..... ( )
Mais ou menos: Eu tinha meus altos e baixos ..... ( )
Bastante bom: E não tinha nenhuma queixa maior ..... ( )
Muito bom: A vida era bem do jeito que eu gostava ..... ( )

3. Como chegou até o seu terapeuta?

(Marque TODAS as alternativas adequadas)
Por indicação de um médico ..... ( )
Por indicação de um terapeuta ..... ( )
Por indicação de um amigo ..... ( )
Páginas amarelas ou anúncios classificados ..... ( )
Por indicação de um Serviço de Saúde ..... ( )

Por indicação de outro paciente do ESIPP ..... ( )

4. Quando você decidiu procurar terapia:
Foi basicamente por decisão sua ..... ( )
Foi por forte pressão de outras pessoas para que fizesse ..... ( )
Ou, ambos ..... ( )

5. Seu terapeuta era:
Homem ..... ( )
Mulher ..... ( )

6. Quanto tempo você esteve em tratamento com seu terapeuta?
Menos de um mês ..... ( )
Um a dois meses ..... ( )
Três a seis meses ..... ( )
Sete a onze meses ..... ( )
Um a dois anos ..... ( )
Mais de dois anos ..... ( )

7. Com que freqüência você costumava consultar?

Uma vez por semana ..... ( )
Duas vezes por semana ..... ( )
Três vezes por semana ..... ( )
Outras ..... ( )

8. Você achava que o número das sessões era?
Adequado ..... ( )
Excessivo ..... ( )
Insuficiente ..... ( )
Outros ..... ( )

9. Quanto o seu terapeuta cobrava por sessão? R$ _____

10. Marque SIM ou NÃO para cada uma das seguintes afirmativas, para indicar sua opinião geral sobre o seu terapeuta:	SIM	NÃO
Em geral era tranqüilizador e apoiador	( )	( )
Pedia a minha opinião sobre como deveria ser a terapia	( )	( )
Era fácil de confiar	( )	( )
Compreendia bem os meus problemas	( )	( )

11. Algum dos itens que se seguem abaixo o incomodou em relação ao seu terapeuta?
(Marque todas as alternativas apropriadas)

Era muito crítico ou controlador ..... ( )
Era por vezes “bonzinho” ou grosseiro ..... ( )
Fez comentários ou insinuações sexuais inapropriados ..... ( )
Recebia mal quaisquer críticas ou perguntas ..... ( )
Parecia muito preocupado em ganhar dinheiro ..... ( )
Falava muito sobre a infância ou problemas passados e não tanto em assuntos atuais ( )
.....
Não me estimulava a freqüentar grupos de apoio (como: Alcoolistas Anônimos) ( )
.....

12. Quais das seguintes alternativas descrevem a sua atitude ao longo da terapia? (Marque SIM ou NÃO para cada frase)	SIM	NÃO
Tentei ser o mais aberto e próximo possível	( )	( )
Pedia ao terapeuta para explicar diagnósticos e termos que não eram claros	( )	( )
Entre as sessões pensava nos assuntos discutidos na terapia	( )	( )
Com freqüência cancelava as sessões	( )	( )
Custava a revelar coisas que eram dolorosas para mim	( )	( )
Estava aberto(a) para falar sobre sentimentos negativos em relação ao meu terapeuta	( )	( )
Continuava pensando em casa em idéias que me ajudassem a entender meus sentimentos	( )	( )

13. Como você avalia a competência de seu terapeuta?
Excelente ..... ( )
Muito Boa ..... ( )
Boa ..... ( )
Razoável ..... ( )
Muito Fraca ..... ( )

14. Quanto você acha que o terapeuta o ajudou nas seguintes áreas?
(use a escala abaixo)
1 = tornou as coisas muito melhores
2 = tornou as coisas melhores
3 = não fez diferença
4 = tornou as coisas algo piores
5 = tornou as coisas muito piores
6 = não tenho certeza
(Marque se 1-6)
Nos problemas específicos que me levaram a terapia ..... ( )
Na minha capacidade de me relacionar com os outros ..... ( )

Em ser produtivo no trabalho ..... ( )
Em lidar com as incomodações do dia-a-dia ..... ( )
Em aproveitar mais a vida ..... ( )
No crescimento pessoal e auto-conhecimento ..... ( )
Na minha auto-estima e confiança ..... ( )
No alívio de meu “baixo-astral” ..... ( )

15. De um modo geral, quão satisfeito você está com o tratamento de seus problemas pelo terapeuta?
Completamente satisfeito ..... ( )
Muito satisfeito ..... ( )
Razoavelmente satisfeito ..... ( )
Algo insatisfeito ..... ( )
Muito insatisfeito ..... ( )
Completamente insatisfeito ..... ( )

16. Você esta atualmente em tratamento?
Sim ..... ( )
Não ..... ( )

17. Se a resposta é NÃO, por quê?
(Marque TODAS as alternativas adequadas)
Porque os meus problemas foram resolvidos ou ficaram mais fáceis de lidar .. ( )
Porque eu senti que continuar o tratamento não iria ajudar ..... ( )
Porque o terapeuta sugeriu que eu parasse o tratamento ..... ( )
Porque passei a consultar com outro terapeuta ..... ( )
Porque eu tinha as minhas dúvidas quanto a competência de meu terapeuta . ( )
Pelo custo da terapia ..... ( )
Por problemas com o reembolso pelo seguro saúde ..... ( )
Outros:
_____
_____

18. Alguma medicação para estresse ou outro problema emocional foi-lhe receitada?
Sim ..... ( )
Não ..... ( )

19. Se a resposta for SIM, qual? (apenas a mais recente)

Antidepressivos como amitriptilina (Amytril, Tryptanol), bupropiona (Wellbutrin, Zetron, Ziban) citalopram (Cipramil, Denyl, Procimax), clomipramina (Anafranil), escitalopram (Lexapro), fluoxetina (Daforin, Eufor, Fluox, Fluxene, Prozac, Verotina), fluvoxamina (Luvox), imipramina (Tofranil), milnaciprano (Ixel), mirtazapina (Remeron), nefazodona (Serzone), nortriptilina (Pamelor), paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera), sertalina (Assert, Serenata, ( )

Zoloft), tranilcipromina (Parnate), trazodona (Donaren) ou venlafaxina (Efexor, Venlift)....
Medicações contra ansiedade ou para dormir como alprazolam (Apraz, Frontal), bromazepan (Bromoxon, Lexotan, Somalium), buspirona (Buspar), clonazepam (Rivotril), clordiazepóxido (Psicosedin), cloxazolam (Ocadil), diazepam (Diempax, Valium), flunitrazepan (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm), lorazepan (Lorax), midazolan (Dormonid) ou zolpidem (Lioram, Stilnox)..... ( )
Estabilizadores de humor como ácido valpróico/valproato de sódio (Depakene, Depakote), carbamazepina (Tegretol), lítio (Carbolitium), lamotrigina (Lamictal, Lamitor, Neural) ou oxicarbamazepina (Trileptal)..... ( )
Antipsicóticos como aripiprazol (Abilify), clorpromazina (Amplictil), clozapina (Leponex), haloperidol (Haldol), levomepromazina (Neozine), olanzapina (Zyprexa), pimozida (Orap), quetiapina (Seroquel), risperidona (Risperdal, Risperidon, Zargus), sulpirida (Equilid), tioridazina (Melleril) ou ziprazidona (Geodon)..... ( )
Estimulantes do sistema nervoso central como metilfenidato (Concerta, Ritalina)..... ( )

Outros:

_____

_____

20. Quem indicou que fizesse uso de medicação?
O seu terapeuta ..... ( )
O seu clínico ..... ( )
Um psiquiatra ..... ( )
Outros ..... ( )

21. Até agora, qual o tempo total de uso desta medicação?
Menos de 1 mês ..... ( )
1-2 meses ..... ( )
3-6 meses ..... ( )
7-11 meses ..... ( )
1-2 anos ..... ( )
mais de 2 anos ..... ( )

22. Quanto essas medicações o ajudaram com os seus problemas?
Ajudaram muito ..... ( )
Ajudaram um pouco ..... ( )
Sem efeito perceptível ..... ( )
Pioraram as coisas ..... ( )
Não tenho certeza ..... ( )

23. De um modo geral, como você descreveria a sua saúde física no momento?
Excelente ..... ( )

Muito boa ..... ( )
Boa ..... ( )
Regular ..... ( )
Ruim ..... ( )

24. De um modo geral, como você descreveria o seu estado emocional atual?
(Marque apenas uma)
Muito ruim: Eu mal consigo lidar com as coisas ..... ( )
Algo ruim: A vida é em geral bastante difícil ..... ( )
Mais ou menos: Eu tenho os meus altos e baixos ..... ( )
Bastante bom: Não tenho queixas maiores ..... ( )
Muito bom: A vida é bem do jeito que eu gosto ..... ( )

25. Marque a sua faixa etária:
menos de 35 ..... ( )
35-44 ..... ( )
45-54 ..... ( )
55-64 ..... ( )
65-74 ..... ( )
75 ou mais ..... ( )

26. Marque seu sexo:
Masculino ..... ( )
Feminino ..... ( )

27. Você já se tratou anteriormente?
Sim ..... ( )
Não ..... ( )
Se a resposta for SIM, por quanto tempo?
(total) _____

28. Você alguma vez já foi hospitalizado por problema emocional?
Sim ..... ( )
Não ..... ( )

29. O seu estado civil é:
Solteiro(a) ..... ( )
Casado(a)/Companheiro(a) ..... ( )
Viúvo(a) ..... ( )
Separado(a) ..... ( )

30. Profissão: _____

31.Endereço/fone/e.mail _____

32. Local de nascimento:_____

ANEXO 5 – Escala de Avaliação Global do Funcionamento

Atribua uma pontuação de 0 à 100, escolhendo um valor que melhor reflita o nível geral do funcionamento do indivíduo. Aplique o seguinte método para determinar a pontuação:

Passo 1: Começando no nível mais alto, avaliar cada faixa por meio da pergunta "a gravidade dos sintomas do indivíduo ou seu nível de funcionamento são piores do que está indicado na descrição da faixa?"

Passo 2: Continue descendo na escala até chegar á faixa que melhor se aplica à gravidade dos sintomas do indivíduo ou ao seu nível de funcionamento, o que for pior. Portanto, naquelas situações em que a severidade dos sintomas e o nível de funcionamento do indivíduo são discordantes, a pontuação final na escala sempre refletirá o pior resultado. Por exemplo,, a pontuação de um indivíduo que representasse um perigo significativo para si mesmo, embora, em outros aspectos, estivesse funcionando bem, estaria abaixo de 20. Da mesma forma, a pontuação de um indivíduo com sintomatologia psicológica mínima, mas com prejuízos significativos no funcionamento (p. ex., um indivíduo cuja excessiva preocupação com o uso de substâncias resultou na perda do emprego e os amigos, mas em nenhuma outra psicopatologia) seria inferior a 40.

Passo 3: Examine a faixa inferior a esta para ter a certeza de não ter parado prematuramente. Esta faixa deve ser pesada demais para ambos os aspectos (gravidade dos sintomas e nível de funcionamento). Neste caso, a faixa apropriada foi alcançada (continuar com o passo 4); do contrário, volte para o passo 2 e continue a descer a escala.

Passo 4: Para determinar a pontuação específica dentro da faixa de 10 pontos selecionada, avalie se o indivíduo está funcionando na extremidade inferior ou superior da faixa de 10 pontos. Por exemplo, considere um indivíduo que escuta vozes que não influenciam seu comportamento (p.ex., alguém com longo histórico de esquizofrenia que aceita suas alucinações como parte da doença). Se as vozes ocorrem com relativa infreqüência (uma vez por semana ou menos), uma pontuação de 39 ou 40 pode ser a mais apropriada. Em comparação, se o indivíduo escuta vozes quase que continuamente, uma pontuação de 31 ou 32 seria mais adequada.

100 **Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.**

91 **Assintomático.**

90 **Sintomas ausentes ou mínimos** (p.ex., leve ansiedade antes do exame),
bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente eficiente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações
81 **cotidianas** (p.ex., uma discussão ocasional com membros da família).

80 **Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais** (p.ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); **não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (p.ex.,
71 apresenta declínio temporários na escola).

70 **Alguns sintomas leves** (p.ex., humor depressivo e insônia leve) **OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (p.ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), **mas geralmente funcionando muito bem; possui**
61 **alguns relacionamentos interpessoais significativos.**

60 **Sintomas moderados** (p.ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) **OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (p.ex., poucos amigos
51 conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).

50 **Sintomas sérios** (p. ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) **OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (p.ex., nenhum amigo,
41 incapaz de manter emprego).

40 **Algum prejuízo no teste de realidade ou na comunicação** (p. ex., fala às vezes ilógica, obscura e irrelevante) **OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor** (p.ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança freqüentemente bate em criança mais jovens, é desafiadora em casa
31 está indo mal na escola).

30 **Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento** (p.ex., ocasionalmente incoerente, age de forma amplamente imprópria, preocupação suicida) **OU incapacidade de funcionar na maioria das áreas** (p.ex.,

21 permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).

20 **Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros** (p.ex., tentativas de suicídio sem clara intenção de morte; freqüentemente violento; excitação maníaca) **OU ocasionalmente não consegue manter o mínimo de higiene pessoal** (p.ex., suja-se de fezes) **OU amplo**
11 **prejuízo na comunicação** (p.ex., ampla incoerência ou mutismo).

10 **Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros** (p.ex., violência recorrente) **OU inabilidade persistente de manter uma higiene**
1 **pessoal mínima OU sério ato suicida com claro intento de morte.**

0 Informações inadequadas.

ANEXO 6 - Trabalhos Apresentados e Publicados

JUNG, S.I. É possível fazer pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica? *Boletim Informativo do ESIPP* - Estudos integrados de Psicoterapia Psicanalítica, nº 7, ago/2004.

JUNG, S.I. Apresentação de tema livre: Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica: projeto e momento atual de pesquisa. *II Encontro Científico do ESIPP*: "Da (in) formação à (trans)formação do psicoterapeuta, 23 e 24 de outubro de 2004.

JUNG, S.I. Apresentação do projeto de pesquisa: Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica em um serviço de atendimento da cidade de Porto Alegre, em mesa sobre pesquisa, na *IV Jornada dos Psicólogos do Interior da Sociedade de Psicologia do RGS*, Taquara, 27 de novembro de 2004.

JUNG, S.I., SERRALTA, F.B., NUNES, M.L.T. e EIZIRIK, C.L. Pôster: Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica em um serviço de atendimento da cidade de Porto Alegre/Brasil - Comunicação de pesquisa, no *IV Congresso Mundial de Psicoterapia*, Buenos Aires, 26 a 30 de agosto de 2005.

JUNG, S.I., SERRALTA, F.B., NUNES, M.L.T. e EIZIRIK, C.L. Pôster: Avaliação de Resultados em Psicoterapia Psicanalítica em um serviço de atendimento de Porto Alegre - Comunicação de Pesquisa. *Jornada Científica do IEPP- Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia*, 2 a 3 de setembro de 2005.

JUNG, S.I., SERRALTA, F.B., NUNES, M.L.T. e EIZIRIK, C.L. Pôster: Avaliação de Resultados em Psicoterapia Psicanalítica em um serviço de atendimento de

Porto Alegre-Comunicação de Pesquisa. *25ª Semana Científica do HCPA e 12º Congresso de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde do Mercosul*, 12 a 16 de setembro de 2005.

JUNG, S.I. Apresentação de Tema Livre: Resultados Preliminares de Pesquisa: a psicoterapia psicanalítica é efetiva? *XII – Jornada Do ESIPP - Como Freud mudou o mundo?* 28 a 29 de setembro de 2006.

JUNG, S.I. Apresentação de Tema Livre: A efetividade da Psicoterapia Psicanalítica: Resultados Preliminares de Pesquisa. *X Jornada da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Profissão Psicólogo, Identidade, Práticas e Perspectivas*, 26 a 28 de outubro de 2006.