

Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica

Different moments in the dropout of psychoanalytic psychotherapy

Simone Isabel Jung¹, Fernanda Barcellos Serralta², Maria Lucia Tiellet Nunes³, Cláudio Laks Eizirik⁴

RESUMO

Objetivo: Identificar características de início e término de tratamento de pacientes que abandonaram a psicoterapia psicanalítica (PP) em momentos distintos: entre 2 e 11 meses (abandono médio = AM) ou com mais de um ano (abandono tardio = AT) de psicoterapia. **Métodos:** Entrevistas iniciais e de pós-tratamento de 14 adultos (sete de AM e sete de AT), classificados por seus psicoterapeutas como pacientes que abandonaram a psicoterapia, foram analisadas utilizando-se o método de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** As entrevistas iniciais geraram cinco categorias (motivo, objetivos, disposição para mudança, tratamento anterior, transferência) e as de pós-tratamento geraram três categorias (processo de mudança, avaliação de resultados, término). **Conclusão:** Em comparação com os pacientes de AT, os pacientes de AM apresentaram maior resistência, possuíam expectativas de mais apoio, apresentaram menor transferência positiva e mais queixas depressivas e relataram experiências negativas com tratamentos anteriores. A maior parte dos pacientes de AM iniciou o tratamento por indicação de terceiros, enquanto a maioria dos de AT buscou a psicoterapia por conta própria. Na entrevista pós-tratamento, os pacientes de AM revelaram mais resistência durante o processo de psicoterapia, demonstraram menor capacidade de *insight* e fizeram avaliações mais negativas do tratamento, tanto nos aspectos gerais como nos específicos. A diferenciação dos grupos de AM e AT é tênue, sendo necessárias mais investigações sobre a temática.

Palavras-chave

Abandono, psicoterapia psicanalítica, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To identify characteristics of beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy (PP) at different times: between 2 and 11 months (middle dropout = MD) or with more than one year (late dropout = LD) from the beginning of psychotherapy. **Methods:** Initial and post-treatment interviews of 14 adults (seven MD and seven LD) considered as dropouts by their therapists were analyzed using Bardin's content analysis method. **Results:** The analysis of initial interviews generated five categories (reason, goals, willingness to change, previous treatment, transference) and three post-treatment categories (process of change, evaluation of results, termination). **Conclusion:** In comparison with LD patients, MD patients have more resistances, expected more support, showed less positive transferences, more depressive complaints and reported more negative experiences

Recebido em
18/8/2013
Aprovado em
25/3/2014

DOI: 10.1590/0047-2085000000017

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), Taquara, RS.

2 UFRGS. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

3 Freie Universität Berlin, Berlim, Alemanha. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

4 UFRGS.

Endereço para correspondência: Simone Isabel Jung
Rua Emílio Lúcio Esteves, 1187, sala 303
95600-000 – Taquara, RS, Brasil
E-mail: simoneisabeljung@gmail.com

Keywords

Dropout, psychoanalytic psychotherapy, qualitative research.

with previous treatments. The majority of MD patients began treatment by indication of others while most LD patients sought psychotherapy by themselves. In post-treatment interview, MD patients revealed more resistance during psychotherapy, showed less capacity for insight and made more negative evaluations of treatment, both in general and in specific ways. The differentiation MD and LD patients is tenuous and there is a need of more research on the subject.

INTRODUÇÃO

De cada cinco pacientes que iniciam tratamento psicoterápico, um interrompe antes de seu término¹. No Brasil, pesquisas recentes indicam que os índices de interrupção variam entre 38,21% e 49,5%^{2,3}. Uma vez que o abandono da psicoterapia é um fenômeno que ocorre em diferentes abordagens de tratamento, idades e grupo diagnósticos, sua compreensão é um problema e desafio para clínicos e pesquisadores.

Alguns estudos relacionam altas taxas de abandono a características dos pacientes como as condições econômicas^{4,6}, o nível da motivação para tratamento^{7,8}, a escolaridade^{1,9}, as expectativas de resultados^{8,10}, a resistência no tratamento^{7,8,11}, a capacidade de *insight*¹¹⁻¹³ e a aliança terapêutica¹⁴. Entretanto, a definição de abandono em psicoterapia não é unívoca, o que torna difícil a comparação dos resultados das investigações e a generalização dos achados.

Os termos “término prematuro”, “interrupção”, “rescisão unilateral”, “desistência” e “abandono” são semelhantes e encontrados na literatura com diferentes operacionalizações. Neste estudo, utilizamos esses termos como sinônimos para designar os pacientes que, na avaliação dos psicoterapeutas, rescindiriam unilateralmente o contrato terapêutico, ou seja, decidiram encerrar a psicoterapia contra a recomendação do psicoterapeuta, rompendo o acordo inicial de ambos¹⁵.

Pesquisas apontam que as taxas de abandono são sempre mais elevadas no primeiro mês de tratamento se comparadas ao abandono em qualquer outro momento do processo psicoterápico¹⁶. Uma investigação realizada por Frayn¹⁷ encontrou que, entre os pacientes que abandonaram a psicoterapia, 50% o fizeram no primeiro mês e os outros 50%, em momentos distintos ao longo do período de tratamento. Foi observado um padrão de abandono inicial *versus* tardio de abandono. No abandono inicial, pacientes haviam interrompido a psicoterapia por falta de motivação e manifestaram transferência negativa antes da construção de significativa aliança terapêutica. Pacientes desistentes tardios foram mais heterogêneos e terminaram a psicoterapia por uma variedade de conflitos e razões ambientais.

A maior parte dos estudos publicados investiga com abordagem quantitativa o abandono inicial que ocorre durante o primeiro mês de psicoterapia. Essa investigação utiliza uma metodologia qualitativa para analisar pacientes que interromperam seus tratamentos após terem cumprido

o primeiro mês de psicoterapia, ou seja, que não poderiam ser classificados como de abandono inicial típico. Faz parte de uma série de estudos que vêm sendo realizados pelos autores a respeito do abandono da psicoterapia psicanalítica¹⁸. O objetivo da investigação é contribuir para a compreensão do fenômeno do abandono, identificando características do tratamento (de início e término) de pacientes que interromperam a psicoterapia em momentos distintos.

MÉTODOS

Participantes

Participaram da investigação 14 pacientes que abandonaram a psicoterapia psicanalítica (PP) no serviço de atendimento de uma instituição privada em Porto Alegre, que oferece psicoterapia com valores diferenciados para pacientes de classe média a baixa. A principal finalidade da instituição é proporcionar a profissionais psicólogos e médicos formação em nível de especialização em PP. A psicoterapia é dirigida para o *insight*, face a face, realizada na instituição pelos profissionais em formação, na frequência de uma a três sessões semanais. Os psicoterapeutas são remunerados e realizam supervisão dos casos atendidos. Ao término da formação, o psicoterapeuta opta em continuar atendendo o paciente na instituição ou em seu consultório particular. Cabe ressaltar que os pacientes que procuram atendimento são informados de que se trata de um local para especialização em psicoterapia e, portanto, serão atendidos por profissionais em formação sob supervisão.

Adotamos o termo abandono médio (AM) para designar pacientes que interromperam a psicoterapia entre 2 e 11 meses de tratamento e abandono tardio (AT) para aqueles que a abandonaram após um ano. Os participantes foram selecionados de um banco de dados de 34 pacientes (também utilizado em outros estudos^{18,19}) que buscaram atendimento na instituição e o terminaram por alta ou por abandono (veja Jung *et al.*¹⁹ para detalhes da formação do banco). Retirando os cinco pacientes do banco que terminaram o tratamento por alta, foram encontrados 16 pacientes de AM e 13 de AT. Por sorteio, os pacientes foram numerados em ordem crescente para posterior aproveitamento no estudo. O número de participantes foi definido por meio da saturação teórica²⁰,

sendo suspensa a inclusão de participantes quando os dados passaram a apresentar repetição.

Os participantes do grupo AM são referidos como AM1, AM2, AM3, AM4, AM5, AM6 e AM7, e os do grupo AT, como AT8, AT9, AT10, AT11, AT12, AT13 e AT14.

Delineamento, instrumentos e coleta de dados

Esta é uma pesquisa naturalística com abordagem qualitativa exploratória. O protocolo da investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 20.035). Todos os participantes assinaram o consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas iniciais e a entrevista pós-término de tratamento foram encontradas arquivadas no banco de dados mencionado (veja Jung *et al.*¹⁹). As entrevistas iniciais de tratamento, ou seja, as primeiras entrevistas clínicas da psicoterapia, foram realizadas e relatadas (dialogadas) de memória pelos psicoterapeutas dos pacientes. Esse registro, embora não ideal para a investigação científica, segue a maneira como em geral acontece a documentação de PP em nosso contexto. As entrevistas de pós-tratamento realizadas com os pacientes de AM e AT foram conduzidas pela primeira autora do artigo e seguiram roteiro semiestruturado que incluiu os tópicos avaliação da psicoterapia, a relação psicoterapeuta/paciente e o motivo da interrupção. Essas entrevistas tiveram duração média de 45 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Análise de dados

As entrevistas iniciais e as de pós-tratamento foram analisadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin²¹: (1) a primeira autora procedeu à leitura inicial das entrevistas; (2) fragmentos significativos do discurso do paciente foram selecionados (unidades de registro – UR); (3) UR foram agrupadas gerando categorias temáticas; (4) dois avaliadores independentes examinaram a pertinência das UR nas categorias; (5) a frequência com que as UR apareceram foi pontuada; adotamos o critério de que diferença de pelo menos o dobro ou de 5 percentuais nas categorias seria destacada; (6) interpretação.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos dos grupos investigados são apresentados na tabela 1.

A análise das entrevistas iniciais (primeiras sessões da psicoterapia) gerou cinco categorias e 16 subcategorias, apresentadas na tabela 2.

Categoria A – Motivo

A maioria dos pacientes referiu problemas nos relacionamentos (subcategoria A.1) como motivo de busca de tratamento. No grupo AM predominaram as questões amorosas

(com marido, namorado, companheiro), enquanto no grupo AT os problemas eram com família de origem (pais, irmãos) e relações em geral. “Fui casada oito anos... estou separada... ele quer voltar. Não sei se quero este casamento” (AM5); “sou filha temporária... estou sozinha em casa com eles... isto deixa tudo mais difícil” (AT9).

Os motivos de procura mais referido nos grupos (bem mais no de AM) foram queixas do espectro depressivo (subcategoria A. 2), como tristeza, solidão, baixa autoestima e vazio. “Sinto tristeza... uma grande solidão” (AM2).

Dificuldades no controle de impulsos (subcategoria A.3) também foram mencionadas nos grupos: “Eu me estouro: grito... um horror” (AM2).

Categoria B – Objetivos

Nas entrevistas os pacientes dos dois grupos foram questionados pelos psicoterapeutas sobre seus objetivos. Informaram, com maior ênfase no grupo AM, que buscaram a psicoterapia para receber apoio e orientação (subcategoria B.1): “eu queria que tu dissesse se tenho que tomar remédio e se meu problema é falta de transar” (AM6); “quero uma solução, uma ajuda pra minha vida hoje” (AT9).

Apenas os participantes do grupo AT mencionaram a busca para não repetir a história dos pais e solucionar aspectos do passado (subcategoria B.2): “quero ser melhor com minha filha... não é simplesmente bater, minha educação foi assim, não quero isso pra ela” (AT11).

Tabela 1. Dados sociodemográficos

	Grupo AM*	Grupo AT**
Tempo de abandono ¹	5,43 meses (DP ¹ = 1,4)	21,7 meses (DP ¹ = 5,5)
Idade média	37 anos (DP ¹ = 12,3)	29,7 anos (DP ¹ = 6,47)
Sexo		
Feminino	7	5
Masculino		2
Estado civil		
Solteiro	2	5
Casado	5	2
Escolaridade		
Superior	5	4
Superior incompleto		3
Ensino médio	2	
Nível socioeconômico	Médio a baixo	Médio a baixo
Sexo psicoterapeuta		
Feminino	7	7
Idade média psicoterapeuta	34,5 anos (DP ¹ = 9,9)	42,5 anos (DP ¹ = 5,36)
Formação psicoterapeuta	7 psicólogos realizando especialização em PP ³	7 psicólogos realizando especialização em PP ³
Tempo de experiência Psicoterapeuta	2 anos (DP ¹ = 0,89)	5 anos (DP ¹ = 2,97)

Abandono¹: pós-início; AM^{*}: abandono médio; AT^{**}: abandono tardio; DP¹ = desvio-padrão; PP³ = psicoterapia psicanalítica.

Tabela 2. Categorias do início do tratamento

Categorias	Subcategorias	Grupo AM*		Grupo AT**	
		UR ¹	FR ²	UR ¹	FR ²
Categoria A Motivo	A.1 Relações interpessoais	19	12,3	14	11,7
	A.2 Sintomas depressivos	38	24,5	18	15,1
	A.3 Controle de impulsos	4	2,5	3	2,5
Categoria B Objetivos	B.1 Apoio e orientação	6	3,9	2	1,6
	B.2 Solução do passado			5	4,2
	B.3 Mudanças internas	15	9,6	15	12,7
	B.4 Mudanças nas relações interpessoais	6	3,9	6	5,0
Categoria C Disposição para mudança	C.1 <i>Insight</i>	15	9,6	14	12,0
	C.2 Resistência	24	15,5	11	9,2
	C.3 Encaminhamento	8	5,2	3	2,5
	C.4 Disponibilidade de tempo	3	2,0	5	4,2
Categoria D Tratamento anterior	D.1 Avaliação de resultados	3	2,0	2	1,6
	D.2 Psicoterapeuta	3	2,0	4	3,4
	D.3 Motivo do término	4	2,5	6	5,0
Categoria E Transferência	E.1 Transferência positiva	2	1,3	8	6,8
	E.2 Transferência negativa	5	3,2	3	2,5
Total		155		119	

AM¹: abandono médio; AT²: abandono tardio; UR¹: unidade de registro; FR²: frequência.

Os objetivos referentes às mudanças internas (subcategoria B.3) incluíram nos dois grupos: busca de autoconhecimento, melhorar aspectos depressivos, controlar impulsos, ter autonomia e liberdade. “Querida voltar sentir prazer de viver” (AT7). “Quero entender por que sou assim” (AM5).

Mudanças nas relações interpessoais (subcategoria B.4) foram referidas no discurso dos grupos de AM e AT: “quero ajuda na relação com meu marido” (AM3).

Categoria C – Disposição para mudança

Na subcategoria *insight* (C.1) estão incluídas UR que indicam o reconhecimento da condição psíquica e da participação nos problemas, estabelecimento das relações entre passado/presente e vislumbre do porquê das dificuldades. Todos os participantes apresentaram alguma forma de *insight*: “Meus pais também se separaram... A gente repete os pais” (AM5). O reconhecimento da participação nos problemas foi mais referido no grupo de AT: “Sei que isso me atrapalha e que eu tenho que mudar... depende de mim” (AT11).

A resistência à psicoterapia (subcategoria C.2) apareceu na primeira sessão dos pacientes, sendo mais frequente no grupo AM: “conversar? Eu não tenho muita paciência, logo canso e vou embora” (AM6); “eu não quero falar sobre isso agora” (AT14).

Seis pacientes do grupo AM e três do grupo AT chegaram a tratamento não unicamente por vontade própria, mas por recomendação de amigos, parentes ou profissionais (subcategoria C.3 – encaminhamento). “Minhas colegas diziam que eu devia vir, que estava precisando” (AM4).

A disponibilidade de tempo (subcategoria C.4) foi abordada nos grupos AM e AT como um fator para iniciar o tratamento: “tenho toda a disponibilidade” (AT8).

Categoria D – Tratamento anterior

Três pacientes em cada grupo já haviam realizado psicoterapia. O grupo AM referiu aspectos positivos e negativos da psicoterapia (subcategoria D.1 – avaliação de resultados): “foi horrível, não ajudava” (AM2). No grupo de AT as verbalizações foram todas positivas: “me ajudou” (AT11).

Quanto à relação com os psicoterapeutas anteriores (subcategoria D.2), em ambos os grupos foram apontados aspectos positivos da relação: “foi bom, melhorei muita coisa” (AT6). Dificuldades no relacionamento foram referidas apenas pelos pacientes do grupo AM: “me sentia horrível, ele ficava me olhando, não falava” (AM2).

O término dos tratamentos (subcategoria D.3) ocorreu por problemas financeiros e dificuldades na relação terapêutica: “fiquei desempregada e não tinha como pagar” (AT8); “comecei a sentir que ela estava querendo me tornar dependente e parei” (AT13).

Categoria E – Transferência

A transferência positiva (subcategoria E.1) foi mais evidente nos pacientes de AT: “Obrigada... gostei de conversar!” (AT10). Já a transferência negativa (subcategoria E.2) foi semelhante nos grupos: “tu tá acostumada a falar assim com as pessoas, eu não. Pra mim tu é uma estranha” (AM6).

As entrevistas pós-tratamento realizadas com os pacientes geraram três categorias e 11 subcategorias, apresentadas na tabela 3.

Categoria F – Processo de mudança

A subcategoria *insight* (F.1), mais frequente no grupo AT, apareceu na fala de todos os participantes. Refere-se à auto-compreensão conseguida por meio da psicoterapia: “Isso foi

Tabela 3. Categorias pós-tratamento

Categorias	Subcategorias	Grupo AM		Grupo AT*	
		UR ¹	FR ²	UR ¹	FR ²
Categoria F Processo de mudança	F.1 <i>Insight</i>	9	5,3	22	10,9
	F.2 Relacionamento terapêutico (positivo)	28	16,8	28	13,9
	F.3. Relacionamento terapêutico (negativo)	12	7,1	14	6,9
	F.4 Resistência	20	12,0	10	4,9
Categoria G Avaliação de resultados	G.1 Geral positiva	16	9,6	30	14,9
	G.2. Geral negativa	8	4,8	4	1,9
	G.3. Específicos atingidos ou parciais	28	16,8	57	28,2
	G.4 Específicos não atingidos	7	4,2	3	1,4
Categoria H Término	H.1 Razões	18	10,8	14	6,8
	H.2 Processo	7	4,2	7	3,4
	H.3 Continuidade	14	8,4	14	6,8
Total		167		201	

AM¹: abandono médio; AT²: abandono tardio; UR¹: unidade de registro; FR²: frequência.

uma coisa que eu vi na terapia... Ou eu mudo a mim mesma ou não vou conseguir" (AT10); "fui entendendo que não precisava me irritar e o porquê daquilo" (AM4).

Foram observadas referências semelhantes nos grupos quanto ao relacionamento com o terapeuta, tanto positivas (subcategoria F.2) como negativas (subcategoria F.3): "minha terapeuta tava mais preocupada com o dinheiro" (AM5); "gostei dela... ela foi superbacana" (AT12).

A resistência (subcategoria F.4) fez parte da psicoterapia dos entrevistados dos dois grupos, sendo mais marcante no grupo AM: "não dei muito tempo pra ela... porque às vezes eu desmarcava, quando não tava muito bem que era o dia de eu ir lá simplesmente desmarcava... sei que era errado" (AM4); "tive muita resistência" (AT13).

Categoria G – Avaliação de resultados

A subcategoria avaliação geral positiva (subcategoria G.1) ocorreu em ambos os grupos, mas com maior ênfase no de AT: "Gostei muito, me ajudou muito" (AM4); "foi bom, ajudou no geral" (AT11). As referências negativas na avaliação geral (subcategoria G.2) foram mais apontadas no grupo AM: "achei que era um pouco fraco o tratamento em si" (AM6).

Quanto aos ganhos específicos com a terapia, a maioria revelou ter atingido os ganhos pretendidos, ainda que parcialmente (subcategoria G.3): "tive melhoras. Tem situações que parece que eu tô na mesma...outras não tô tão ruim como antes" (AT10). A frequência maior de UR de ganhos atingidos foi no grupo AT, enquanto a de não atingidos (subcategoria G.4), no grupo AM: "com minha família não teve modificações" (AM1).

Categoria H – Término

Os motivos que levaram ao término (subcategoria H.1) no grupo AM foram resistência, insatisfação (com o tratamento e o terapeuta), sentir-se melhor e a necessidade de experimentar sozinho: "bom terapeuta é o que te provoca, te põe

a pensar. Eu achei que ela não ia conseguir fazer isso" (AM2). Os mesmos motivos apareceram no grupo AT: (AM2), "eu não queria mais e teve o financeiro" (AM9). Os mesmos motivos apareceram no grupo AT: "minha dificuldade, minha resistência. E essa coisa de não ter acontecido como imaginava, não via uma ação da parte dela" (AT13). A resistência foi o motivo mais identificado nos dois grupos de investigação. A condição financeira foi claramente evidenciada como uma razão expressa de resistência. A segunda razão mais identificada foi a insatisfação (com o tratamento e o terapeuta) e o fato de o paciente estar se sentindo melhor. Experimentar seguir sozinho sem a psicoterapia foi o motivo menos referido nos grupos.

Quanto ao processo do término (subcategoria H.2), com exceção de um paciente do grupo de AT, todos os outros realizaram uma sessão final. Componentes dos grupos AT e AM relataram dificuldades de aceitação do término por seus psicoterapeutas: "não foi agradável, eu fiquei tentando sair e ficava naquele embate" (AT11). Entretanto, também nos dois grupos foi mencionado que os psicoterapeutas mostraram-se compreensivos: "foi muito bacana, se mostrou acessível quando eu quisesse voltar, ela entendeu" (AM6).

Os pacientes (AM e AT) referiram que deveriam continuar o tratamento (subcategoria H.3): "eu acho que teria que ficar mais" (AT8).

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos pacientes não permitiram a realização de distinção entre as características dos grupos de AM e AT. As diferenças encontradas foram referentes a idade e estado civil. O grupo AM era mais velho e a maioria, casada. Esses resultados não corroboram estudos em que pacientes jovens e solteiros são apontados como mais propensos a terminar prematuramente a terapia^{1,22,23}.

Neste estudo, os solteiros aderiram por mais tempo ao tratamento do que os casados. Ainda que não se possa, com base nos dados da pesquisa, afirmar que o estado civil tenha influenciado na decisão de interromper a psicoterapia, outros estudos apresentam evidências de que cônjuges de pacientes em psicoterapia individual podem responder de forma negativa ao tratamento do parceiro^{24,25} e de que pacientes sem parceiros tendem a tornar-se mais dependentes e propensos a cumprir com as recomendações de tratamento²⁶.

O grupo AT recebeu tratamento de psicoterapeutas mais velhos e mais experientes. Pesquisas revelam que a experiência do psicoterapeuta é relevante na manutenção dos pacientes em tratamento^{1,25}, assim essa característica pode ter influência na maior permanência em psicoterapia do grupo de AT. Psicoterapeutas mais experientes supostamente possuem mais habilidades técnicas para detectar, acolher e trabalhar com as resistências antes que ocorra o abandono da psicoterapia. É possível supor que neste estudo a experiência dos psicoterapeutas tenha influenciado os achados, o que aponta para relevância da formação e da experiência clínica do psicoterapeuta, para o aprimoramento das suas habilidades e competências em PP.

Os motivos de busca de tratamento foram semelhantes, mas o grupo AM referiu mais queixas depressivas. É possível tratar-se de pacientes mais pessimistas consigo mesmos e, conseqüentemente, com a psicoterapia, necessitando maior empenho do psicoterapeuta para a continuidade do tratamento.

Sabemos que alguns pacientes não procuram a terapia por um desejo genuíno de examinar seus conflitos e realizar mudanças. Identificar esse problema é imprescindível para auxiliar o paciente a iniciar a psicoterapia por razões mais verdadeiras e prevenir um possível abandono. Um dos objetivos da PP é auxiliar na exploração dos conflitos atuais, a fim de ligá-los com situações passadas, o que parece ocorrer apenas no grupo AT, haja vista que resolver conflitos do passado foi mencionado apenas nesse grupo. Por outro lado, o grupo AM mostrou-se mais propenso a iniciar o tratamento para buscar apoio e orientação. A busca de apoio e orientação é comum em pacientes que procuram psicoterapia, entretanto, se esse permanecer como objetivo principal, poderá sinalizar um risco para o estabelecimento de uma base sólida comum sobre a qual o trabalho psicoterápico deverá ocorrer, uma vez que a PP almeja, em geral, objetivos mais ambiciosos, que implicam um papel ativo e reflexivo do paciente na solução dos seus problemas.

A capacidade de *insight* manifestada na entrevista inicial foi semelhante nos grupos, apesar de o reconhecimento da própria implicação nos problemas ser mais marcante no grupo de AT. Ter consciência da responsabilidade sobre sua condição psíquica é justamente o que poderá tornar possível modificá-la e, provavelmente, manter o paciente mais tempo em tratamento. A dificuldade de reconhecimento desses aspectos

torna o método psicodinâmico improdutivo e inviabiliza a ampliação da percepção de si mesmo, dos outros e do mundo¹³. Além disso, aquele que inicia a psicoterapia com a ideia de que as mudanças dependerão do próprio esforço e menos de fatores externos tende a obter melhores resultados^{27,28}.

Já a resistência foi mais evidente nos pacientes do grupo AM. Supõe-se que pacientes de AM iniciaram as psicoterapias mais resistentes que aqueles de AT, o que justificaria em parte o abandono em tempo mais curto. Fato que reforça essa suposição é que a maioria dos pacientes do grupo AM buscou tratamento por recomendação de terceiros e não exclusivamente por vontade própria. Entretanto, cabe refletir sobre a habilidade dos psicoterapeutas em identificar e trabalhar as resistências iniciais dos pacientes. Nas primeiras sessões, após identificar e demonstrar a resistência, deve-se esclarecer ao paciente que “resistir” é uma atividade de quem está em tratamento e que a análise da resistência faz parte da psicoterapia. Essa estratégia busca a construção de uma aliança de trabalho entre o ego racional do paciente e o ego analisador do psicoterapeuta²⁹.

Como geralmente acontece em PP, pacientes de ambos os grupos haviam realizado tratamento anterior. A experiência anterior do grupo AT parece ter sido mais positiva tanto em relação à psicoterapia em si como na relação com o psicoterapeuta. Talvez esse aspecto possa ter contribuído para permanência maior em tratamento desse grupo. Outro aspecto a considerar, apesar de não termos acesso no presente estudo, é a história pessoal dos participantes. Bennetti e Cunha³⁰ apontam que casos com história clínica de abandonos ou de sensações de abandono tendem a repetir uma vinculação ansiosa ou evitante na relação com o psicoterapeuta, dificultando a formação da aliança terapêutica e apresentando maior risco de abandono.

A transferência positiva foi mais marcante na entrevista inicial dos pacientes do grupo AT e a negativa, semelhante entre os grupos. É notório que a transferência positiva possibilita condições para o desenvolvimento da aliança paciente/psicoterapeuta e que a negativa pode causar interferência nessa relação³¹. Por outro lado, sabe-se também que a transferência positiva pode encobrir aspectos que, no decorrer do processo psicoterápico, levem a obstáculos no tratamento como a dependência infantil e a idealização. Esses são fenômenos que merecem atenção constante dos psicoterapeutas.

Em relação ao processo de mudança, avaliado na entrevista pós-tratamento, os pacientes do grupo AT revelaram maior capacidade de *insight* e menor resistência durante a psicoterapia. Assim, pacientes de AM foram mais resistentes durante a psicoterapia e revelaram menor capacidade de *insight*.

Resultado intrigante foi que a relação terapêutica em seus aspectos positivos e negativos foi semelhante nos grupos. Era de se esperar que, por tratar-se de pacientes que

abandonaram a psicoterapia, os aspectos negativos fossem mais proeminentes dos que os positivos, e ainda que pacientes de AM apresentassem menor referência de aspectos positivos e maior de aspectos negativos comparados aos de AT. O momento em que ocorreu o abandono não foi associado com melhor ou pior relação terapêutica. Essa evidência parece contradizer dado encontrado em outras investigações: a relação terapêutica como preditora de resultados da psicoterapia^{11,32}. Uma explicação para esse fato encontra respaldo na pesquisa de Tryon e Kane³³, em que a aliança terapêutica avaliada pelo paciente não discrimina aqueles que terminam a psicoterapia por decisão unilateral daqueles que o fazem por uma decisão em conjunto com o psicoterapeuta. Outra perspectiva seria compreender a relação terapêutica de forma ampla, envolvendo não só a qualidade da interação e vínculo, mas também o acordo consciente sobre os objetivos e procedimentos de tratamento. Assim, embora a avaliação do vínculo seja igual nos grupos, a discrepância de objetivos entre paciente e psicoterapeuta pode ter sido maior no AM.

Além disso, constatamos que pacientes de ambos os grupos avaliaram mais positivamente do que negativamente os resultados de tratamento em seus aspectos gerais e específicos. Destaca-se, porém, que o grupo AT apresentou maior referência de avaliação positiva. Assim, pacientes de AT parecem mais satisfeitos com a psicoterapia. Entretanto, surpreende que pacientes que abandonaram a psicoterapia avaliem tão positivamente seus resultados. A percepção de melhora é bastante apontada como razão para o abandono de tratamento³⁴. Possivelmente, esses pacientes são aqueles que costumam se beneficiar de contatos mais breves com os psicoterapeutas ou em que a melhora sintomática tenha contribuído para a avaliação positiva e o abandono³⁵. Outra questão a refletir são as diferentes expectativas de cura que paciente e psicoterapeuta podem possuir a respeito do tratamento. Por exemplo, ideias de cura divergente entre psicoterapeutas e pacientes têm sido descritas como importante obstáculo para a continuidade da psicoterapia³⁶. Gabbard³⁷ alerta que, se o terapeuta não apoia a decisão do paciente de interromper a psicoterapia com base em suas ambições pessoais, ele realiza um erro contratransferencial. Por serem iniciantes, supõe-se que os psicoterapeutas deste estudo estejam mais propensos a cometer esse erro. Por outro lado, pesquisa realizada com psicanalistas experientes encontrou que, em geral, eles são mais ambiciosos com o resultado da psicoterapia do que seus pacientes³⁸.

As razões apontadas pelos pacientes para a interrupção da psicoterapia foram semelhantes nos grupos, portanto não distinguem os grupos AM e AT. Nos dois grupos, a mais frequente razão foi a resistência ao tratamento. Tratando-se de PP, deve-se considerar que a resistência pode aparecer quando são reativados na relação terapêutica sentimentos negativos já experimentados pelo paciente, cabendo ao

psicoterapeuta auxiliar por meio da análise dos fatos. É claro que nem sempre o paciente está preparado para responder positivamente às intervenções do psicoterapeuta, bem como nem sempre o tipo de intervenção escolhido pelo psicoterapeuta e o tempo em que é realizada são adequados, e o abandono aparece como a melhor opção.

CONCLUSÃO

Sabe-se que investigações psicanalíticas são realizadas com menos frequência se comparadas com outras abordagens psicoterápicas. No Brasil, isso ainda é mais evidente e a investigação empírica da PP ocorre em escala bem menor do que em outros países, inclusive latino-americanos, como Chile e Argentina. Estudos brasileiros em PP são geralmente realizados em serviços universitários com estagiários que ainda não são profissionais. O objetivo deste estudo foi contribuir para a compreensão do fenômeno do abandono em PP por meio da análise do início e final da psicoterapia de pacientes (tratados por psicólogos em formação na PP) que, por alguma razão, interromperam seus tratamentos. Foram identificadas características de um grupo que abandonou a psicoterapia até 11 meses após seu início e de outro que permaneceu por um longo período antes de abandonar o tratamento.

Os pacientes de AM comparados aos de AT iniciaram o tratamento apresentando maior resistência, com expectativas de mais apoio, menor transferência positiva, mais queixas depressivas e experiências negativas com tratamentos anteriores. Além disso, a busca da psicoterapia no grupo de AM ocorreu em sua maioria por indicação de terceiros, e não por conta própria como no grupo de AT. Na entrevista pós-tratamento, os pacientes de AM revelaram mais resistência durante o processo de psicoterapia; abandonaram a psicoterapia com menor capacidade de *insight*; avaliaram mais negativamente o tratamento tanto nos aspectos gerais como nos específicos. Embora distinções tenham sido observadas, entende-se que a diferenciação das características dos grupos de AM e AT é tênue e necessita de mais investigações.

A resistência foi um fator que apareceu no discurso de todos os participantes, tanto no início como no pós-término de tratamento. Independentemente de ter sido mais encontrada no grupo AM (início e pós-tratamento), é relevante a reflexão sobre esse fenômeno na PP. Freud³⁹ já pontuava que a resistência está presente em todas as fases da psicoterapia. Cabe ao psicoterapeuta auxiliar o paciente a vencer as resistências por meio de sua identificação, análise e interpretação de suas causas, finalidades, modos e histórias²⁹. Entretanto, é o manejo da resistência pela dupla paciente e psicoterapeuta que oferecerá um caminho para a compreensão dos conflitos do paciente ou para o abandono da psicoterapia. Sugerem-se estudos que tenham como foco os processos de resistência para esclarecer essa questão.

Os participantes de ambos os grupos obtiveram ganhos com a psicoterapia, tanto em termos de resultados globais como específicos. Portanto, mesmo pacientes identificados pelos psicoterapeutas como pacientes que abandonaram a psicoterapia podem finalizar o tratamento sentindo-se ajudados e satisfeitos. De maneira geral, psicoterapeutas tendem a buscar resultados mais amplos e profundos com a psicoterapia do que seus pacientes. Saber respeitar o que o paciente deseja com a psicoterapia em detrimento de objetivos pessoais se faz necessário. Assim, estabelecer com os pacientes objetivos em comum é um requisito para o sucesso da PP.

Este é um estudo naturalístico e representa o que é efetivamente realizado no dia a dia dos consultórios psicanalíticos. Paradoxalmente, é o que traz limites à investigação. Foram utilizadas entrevistas iniciais relatadas de memória pelos psicoterapeutas, o que oferece menor fidedignidade do que gravações de áudio/vídeo. A ideia de que gravações interferem no processo da psicoterapia não encontra mais respaldo⁴⁰, sendo considerado o procedimento-padrão para a realização de pesquisa empírica⁴¹. Paciente e psicoterapeuta tendem a se adaptar às gravações já na segunda sessão⁴⁰. Não obstante, Domingues e Serralta⁴² identificaram que psicoterapeutas de PP sem experiência prévia nesse procedimento possuem visão negativa da gravação, avaliada como um terceiro intruso na relação. É necessário, portanto, esclarecer e incentivar os psicoterapeutas a superarem a falsa suposição de que a gravação é nefasta ao processo da PP. Aproximar a clínica da investigação psicanalítica, principalmente em nosso meio, ainda é obstáculo a vencer.

Outra limitação da investigação é a exclusão no estudo do ponto de vista dos psicoterapeutas tanto sobre o paciente no início da psicoterapia como após o tratamento. Algumas das questões aqui levantadas, por exemplo, de que a discrepância de objetivos e expectativas de pacientes e psicoterapeutas poderia ser fator associado ao abandono certamente estariam mais bem sustentadas se tivéssemos a avaliação dos psicoterapeutas.

Apesar das limitações apontadas, os resultados deste estudo, aliados à revisão da literatura realizada e à experiência clínica dos autores, sugerem que a adesão a PP é um fenômeno complexo que depende de fatores do paciente (como a disposição para mudança interna e história pessoal), fatores da técnica do psicoterapeuta (capacidade de identificar, acolher e manejar resistências), habilidades pessoais do psicoterapeuta (empatia) e qualidade da aliança terapêutica (acordo paciente e psicoterapeuta sobre objetivos de tratamento e modo de atingi-los).

Conforme mencionado anteriormente, este é um estudo qualitativo e exploratório. Como tal, seu objetivo não é testar hipóteses previamente formuladas, mas conhecer melhor o fenômeno do abandono em PP e possibilitar a formulação

de questões ou explicações que podem ser investigadas e esclarecidas em estudos subsequentes. Essa é a contribuição desta investigação. Sugere-se, portanto, a continuidade dessa linha de estudos.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Simone Isabel Jung – Participou ativamente e contribuiu substancialmente em todas as etapas da pesquisa, desde sua concepção, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão final do artigo.

Fernanda Barcellos Serralta – Contribuiu substancialmente na análise e interpretação dos dados e na elaboração do artigo e sua revisão crítica.

Maria Lucia Tiellet Nunes – Contribuiu substancialmente na concepção do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do artigo.

Cláudio Laks Eizirik – Contribuiu substancialmente na concepção do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores deste artigo Simone Isabel Jung, Fernanda Barcellos Serralta, Maria Lúcia Tiellet Nunes e Cláudio Laks Eizirik declaram não haver qualquer potencial conflito de interesses e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos ou em um futuro previsível.

REFERÊNCIAS

1. Swift JK, Greenberg RG. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(4):547-59.
2. Campezatto PVM, Nunes MLT. Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estud Psicol (Campinas)*. 2007;24(3):363-74.
3. Maravieski S, Serralta FB. Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. *Temas Psicol*. 2011;19(2):481-90.
4. Kazdin A. Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 1996;1(1):133-56.
5. Singh H, Janes C, Schechtman J. Problem of children's treatment attrition and parent's perception of the diagnostic evaluation. *J Psychiatr Treat Eval*. 1982;4:257-63.
6. Pelkonen M, Marittunen M, Laippala P, Lönnqvist J. Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(3):329-36.
7. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2012;26(5):583-9.
8. Martino F, Menchetti M, Pozzi E, Berardi D. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66(3):180-6.
9. Wierzbick M, Perarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pr*. 1993;24(2):190-5.

10. Meyer B, Pilkonis PA, Krupnick JL, Egan MK, Simmens SJ, Sotsky SM. Treatment expectancies, patient alliance and outcome: further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(4):1051-5.
11. Westmacott R, Hunsley J, Best M, Rumstein-McKean O, Schindler D. Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: a comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychother Res.* 2010;20(4):423-35.
12. Hoglend P, Engelstad V, Sorbye O, Heyerdahl O, Amlø S. The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *Br J Med Psychol.* 1994;67(4):305-17.
13. Hauck S, Kruehl L, Sordi A, Sbardellotto G, Cervieri C, Moschetti L, et al. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007;29(3):265-73.
14. Tryon GS, Kane AS. Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychother Res.* 1995;5(3):189-98.
15. Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE. Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harv Rev Psychiatry.* 2005;13:57-70.
16. Pollak J, Mordecai E, Gumpert P. Discontinuation from long-term individual psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res.* 1992;2(3):224-34.
17. Frayn DH. Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *Am J Psychother.* 1992;46(2):250-61.
18. Jung SI, Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic therapy. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(1):181-90.
19. Jung S, Nunes MLT, Eizirik CL. Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007; 29(2):184-96.
20. Denzin NK, Lincoln, YS. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1995.
22. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull.* 1975;82(5):738-83.
23. Barrett MS, Chua WJ, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy (Chic).* 2008;45:247-67.
24. Schwartz RS. Psychotherapy and social support: unsettling questions. *Harv Rev Psychiatry.* 2005;13:272-9.
25. 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(Pt 5):921-42.
26. Furnham A, Wardley Z. Lay theories of psychotherapy I: attitudes to and beliefs about psychotherapy and psychotherapists. *J Clin Psychol.* 1990;46:878-90.
27. Delsignore A, Schnyder U. Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: a systematic review. *Br J Clin Psychol.* 2007;46(4):467-83.
28. Pflingsten U, Hirsch R. Prediction of therapeutic effects of a social skills training in groups. In: Minsel W, Herff W, eds. *Proceedings of the First European Conference on Psychotherapy Research.* Frankfurt: Lang; 1982.
29. Greenson RR. *A técnica e a prática da psicanálise.* São Paulo: Imago; 1981.
30. Benetti SPC, Cunha TRS. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arq Bras Psicol [online].* 2008;60(2):48-59.
31. Caligor E, Kernberg O, Clarkin J. *Psicoterapia dinâmica das patologias leves da personalidade.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
32. Piper W, Joyce A, Rosie J, Ogrodniczuk J, McCallum M, O'Kelly J, et al. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic).* 1999;36(2):114-22.
33. Tryon GS, Kane AS. Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *J Counsel Psychol.* 1993;40:33-6.
34. Chillelli KB, Enéas MLE. Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Bol Iniciaç Cient Psicol.* 2000;1(1):47-52.
35. Swift JK, Callahan JL. A delay discounting measure of great expectations and the effectiveness of psychotherapy. *Prof Psychol Res Pract.* 2008;39:581-8.
36. Philips B, Wennberg P, Werbart A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychol Psychother.* 2007;80(2):229-45.
37. Gabbard GO. *Elaboração e término.* In: Gabbard GO, ed. *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico.* Porto Alegre: Artmed; 2005.
38. Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Ruge B, Beutel M. How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal.* 2003;84(2):263-90.
39. Freud S. *Dinâmica da transferência (1912).* In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1989.
40. Marshall R, Spitzer R, Vaughan S, Vaughan R, Mallman L, Mackinnon R, et al. Assessing the subjective experience of being a participant in psychiatric research. *Am J Psychiatry.* 2001;158(2):319-21.
41. Jones EE, Pulos, SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(2):381-94.
42. Domingues AE, Serralta, FB. O uso do gravador na psicoterapia psicanalítica: o ponto de vista do psicoterapeuta. *Rev Bras Psicoter.* 2005;7(2/3):169-82.