

Preditores do abandono inicial em psicoterapia psicodinâmica

Clarissa Machado Pessota^I

Luan Paris Feijo^{II}

Silvia Pereira da Cruz Benetti^{III}

Preditores do abandono inicial em psicoterapia psicodinâmica

RESUMO

O abandono em psicoterapia é um fator amplamente estudado, tendo em vista sua relevância para a prática clínica. Algumas variáveis têm sido preditoras da interrupção da psicoterapia; no entanto, há poucos estudos que diferenciam os períodos do abandono. Este estudo objetiva identificar os preditores do abandono inicial no processo psicoterapêutico de 1.272 prontuários de pacientes adultos jovens. Os instrumentos utilizados foram: a ficha de contato inicial, a avaliação e a alta institucional e o *SCL-90-R*. Os resultados foram obtidos por meio da análise de Regressão Logística Binária Multivariada, que indicaram como preditoras do abandono inicial, as variáveis sociodemográfica: baixa renda; clínica: ansiedade fóbica; e as de tratamento: não ter realizado psicoterapia anteriormente; e razões do término de tratamento: tipo de abandono (não compareceu à sessão e não justificou); paciente (outros motivos: mudança de cidade, falta de recursos e motivos de saúde); fatores organizacionais; insatisfação. Os resultados sugerem uma atenção às consultas iniciais para auxiliar na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Psicoterapia psicodinâmica; Suspensão de tratamento; Fatores de risco.

Predictors of initial abandonment in psychodynamic psychotherapy

ABSTRACT

Abandonment in psychotherapy is a widely studied factor, considering its relevance to clinical practice. Some variables have been predictive of the interruption of psychotherapy; however, there are few studies that differentiate periods of abandonment. This study aims to identify the predictors of initial abandonment in the psychotherapeutic process of 1,272 medical records of young adult patients. The instruments used were the initial contact sheet, the evaluation, the institutional discharge and

the *SCL-90-R*. The results were obtained through the analysis of Multivariate Binary Logistic Regression, which indicated as predictors of initial abandonment, the following variables: sociodemographic: low income; clinical: phobic anxiety; and treatment: not having previously performed psychotherapy; and reasons for termination of treatment: type of abandonment (did not attend the session and did not justify); patient (other reasons: change of city, lack of resources and reasons for health); organizational factors; dissatisfaction. The results suggest an attention to the initial appointments to help in treatment accession.

Keywords: Psychotherapy; Psychodynamic; Withholding treatment; Risk factors.

Predictores del abandono inicial en psicoterapia psicodinámica

RESUMEN

El abandono en psicoterapia es un factor ampliamente estudiado, teniendo en vista su relevancia para la práctica clínica. Algunas variables han sido predictores de la interrupción de la psicoterapia; sin embargo, hay pocos estudios que diferencian los períodos del abandono. Este estudio tiene como objetivo identificar los predictores del abandono inicial en el proceso psicoterapéutico de 1.272 prontuarios de pacientes adultos jóvenes. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de contacto inicial, la evaluación y alta institucional y el *SCL-90-R*. Los resultados fueron obtenidos por medio del análisis de Regresión Logística Binaria Multivariada, que indicaron como predictores del abandono inicial, las variables: sociodemográfica: baja renta; clínica: ansiedad fóbica; y las de tratamiento: no haber realizado psicoterapia anteriormente; y razones del término de tratamiento: tipo de abandono (no compareció a la sesión y no justificó); paciente (otros motivos: cambio de ciudad, falta de recursos y motivos de salud); factores organizacionales; insatisfacción. Los resultados sugieren una atención a las consultas iniciales para ayudar en la adhesión al tratamiento.

Palabras clave: Psicoterapia Psicodinámica; Privación de Tratamiento; Factores de Riesgo.

Introdução

Apesar de as pesquisas sobre o abandono psicoterápico terem contribuído para identificar fatores de risco para este fenômeno, os estudos sobre a interrupção prematura do tratamento, já nas sessões iniciais, ainda são restritos (Swift & Greenberg, 2012; Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2014; Hauck et al. 2007). As possíveis razões que justificam o número reduzido de estudos dizem respeito à falta de consenso em relação aos períodos escolhidos para sinalizar os fatores desse desfecho. A maior parte das pesquisas apresenta amostras pequenas e heterogêneas, que são limitadoras (Pureza, Oliveira & Andretta, 2013).

Entretanto, existe um esforço dos pesquisadores para compreender quais são os fatores relacionados à interrupção prematura do tratamento, no intuito de auxiliar na caracterização do perfil de pacientes que podem ser identificados como grupo de risco para o abandono. A partir de estudos de referência (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Piper et al, 1999) e de revisões contemporâneas (Hauck et al. 2007; Roos & Werbart,

2013), demonstrou-se a necessidade de investigar este fenômeno em momentos diversos, para a identificação dos fatores preditivos do abandono psicoterápico.

Ao aprofundar as leituras sobre o tema, Roos e Werbart (2013), na tentativa de uniformizar a definição do termo, nomeiam-no como Descontinuação Prematura Unilateral (*Unilateral Premature Discontinuation*). Percebe-se a necessidade de um consenso em relação a esse conceito, especialmente, quando se trata de estudos sobre as variáveis do processo relativo ao término prematuro do tratamento (Bohart & Wade, 2013). Sob o prisma da Psicoterapia Psicodinâmica (PP), sugerem-se nomenclaturas para o estabelecimento desse conceito (Gastaud & Nunes, 2010), estabelecendo-se critérios para compor essa definição, pautados no conceito de aliança terapêutica (Bordin, 1979).

O abandono da clínica pode ser determinado por muitos fatores: características do indivíduo (sociodemográficas); a indicação terapêutica que o terapeuta oferece; o sofrimento mental que o paciente apresenta (características clínicas); o contexto terapêutico em que se desenvolve a psicoterapia (características do tratamento) (Gómez, 2016). E, em se tratando de abandono em PP, o esse pode ser compreendido como uma forma de resistência ao progresso do tratamento (Gastaud & Nunes, 2010).

Essa abordagem considera que o abandono psicoterápico pode estar relacionado à difícil tarefa de aliar aspectos da técnica, como o prolongado tempo de duração da PP e a capacidade do terapeuta no manejo das intervenções psicoterapêuticas (Padoan, Gastaud, & Eizirik, 2014), em relação às resistências inconscientes do paciente, o que poderá acarretar o abandono precoce (Jung et al., 2014). O avanço das pesquisas nas diferentes abordagens terapêuticas, intervenções psicoterápicas e psicofarmacológicas têm demonstrado que a PP apresenta recursos muito eficientes e efetivos para as diversas formas de sofrimento (Eizirik, Aguiar, & Schetasky, 2015).

Dentre os fatores associados ao abandono psicoterápico, destacam-se aqueles que são direcionados às variáveis clínicas, variáveis do paciente, variáveis do terapeuta e, por fim, às do processo. Nesse sentido, a maioria das investigações aponta como determinantes do abandono, as práticas institucionais, o perfil sociodemográfico do paciente, as características clínicas do paciente e as características do tratamento (Benetti & Cunha, 2008).

Em relação aos aspectos sociodemográficos, estudos mais recentes sobre os preditores do abandono psicoterápico apontam que o sexo masculino (Zimmermann, Rubel, Page, & Lutz, 2016; Werbart, Andersson, & Sandell, 2014; Khazaie, Rezaie, & Jong, 2013); o baixo nível educacional e econômico (Gómez, 2016; Salmoiraghi & Sambhi, 2010); e pacientes jovens (Werbart et al., 2014) têm maior tendência a pertencer ao grupo de risco de abandono.

Quanto aos aspectos clínicos relativos à sintomatologia, não há consenso quanto à possível influência do quadro clínico dos pacientes no abandono psicoterápico, pois não foram encontradas diferenças significativas (Pureza, Oliveira & Andretta, 2013). Porém, estudos que utilizam instrumentos e escalas quantitativas estimam um grande risco de abandono por parte de pacientes ansiosos (Krebs, González, Rivera, Herrera, & Melis, 2012; Issakidis & Andrews, 2004) e de pacientes depressivos (Lopes, Gonçalves, Sinai, & Machado, 2015; Simon & Ludman, 2010).

Já em relação aos aspectos do tratamento, os motivos alegados para justificar abandono são considerados um fator determinante para a compreensão desse fenômeno. Assim, fatores extraterapêuticos, que envolvem situações como privatizações nos ambulatórios, troca de psicoterapeuta e possíveis demissões destes; estão associadas ao abandono dos pacientes (Werbart et al., 2014). Sabe-se que os pacientes

tendem a repetir na transferência de terapeuta, vinculações evitativas e ansiosas experimentadas em relações anteriores, como no abandono e nas privações (Benetti & Cunha, 2008).

No que diz respeito à realização de tratamento psicoterápico anterior, o estudo de Pureza, Oliveira e Andretta (2013) não apresentou diferenças significativas. Já para Swift e Greenberg (2012), a experiência do terapeuta é sugerida como um fator que influencia o abandono, ou seja, ser um profissional menos experiente sugere risco de abandono. Investigações semelhantes a este estudo, quanto aos preditores do abandono em psicoterapia psicanalítica, já foram realizadas com crianças (Gaustaud, 2010). Neste estudo, de acordo com uma pesquisa documental retrospectiva, o risco de abandono se apresentou maior em meninos e a chance de diminuição do abandono se concretizou a partir da sexta sessão.

Portanto, levando-se em conta as limitações relacionadas ao tema do abandono psicoterápico, torna-se necessário explorar esta temática, a fim de identificar um perfil de risco para o abandono em adultos jovens, assim como, auxiliar na condução das entrevistas iniciais. Assim, este estudo visa a avaliar os preditores do abandono inicial no processo psicoterapêutico em adultos jovens, com a abordagem da PP, considerando preditores encontrados na literatura.

Método

Participantes

Os participantes referem-se a uma amostra de 1.272 investigados, analisados em dois grupos independentes, através de prontuários de pacientes, que procuraram atendimento psicoterápico individual entre julho de 2010 e julho de 2016. A escolha da faixa etária deste período foi baseada na meta-análise de Swift e Greenberg (2012), que sugere a idade jovem como um preditor para o abandono.

Esses preditores foram analisados em dois grupos independentes: Abandono inicial – AI (Abandono desde a primeira sessão até dois meses), 74,4% (n = 947); e Abandono médio – AM (Abandono de 3 a 6 meses), 25,6% (n = 325). O primeiro grupo é baseado na definição de abandono conforme estudo de Jung et al. (2014), que usa o abandono médio a partir de 2 meses de tratamento, sendo o abandono inicial, o período anterior a dois meses. A maioria dos participantes é do sexo feminino, 66,6% (n = 846); as faixas etárias ficam entre 26 e 35 anos, 49,5% (n = 630); e de até 25 anos, 35,9% (n = 457), sendo 14,6% menores que 26 anos ou maiores que 35 anos.

Em relação à escolaridade, 66,2% (n = 839), Ensino Superior (ES); 30,1% (n = 382), Ensino Médio (EM) e 3,7% Ensino Fundamental (EF). Quanto à renda, a maior frequência de abandono ocorreu com os que tinham rendimentos entre dois e três salários mínimos (SM), 41,3% (n = 491); de 4 a 6 SM, 29,2% (n = 348); de 7 ou mais SM, 16,9% (n = 201) e 12,6% renda de até um SM.

Instrumentos

As variáveis do estudo estão divididas em: sociodemográficas, clínicas e de tratamento. Os instrumentos utilizados constam nos prontuários arquivados no banco de dados do ambulatório pesquisado.

a) Ficha de contato inicial: elaborada pelo ambulatório para registrar características sociodemográficas dos pacientes. Para este estudo, foram escolhidas as variáveis: sexo, idade, escolaridade e renda.

b) Ficha de avaliação (triagem): criada para avaliar as características do tratamento. A variável relativa escolhida para análise é a presença ou não de tratamentos psicoterápicos anteriores realizados pelo paciente.

c) Ficha de nota de alta: elaborada pela instituição para registrar o tipo de término do tratamento, sendo registradas as razões alegadas para o abandono psicoterapêutico e a experiência do terapeuta (estagiário, especialização no período de um, dois e três anos e o corpo clínico, que se constitui de profissionais que fazem parte do quadro de especialistas da instituição, sendo eles, professores, supervisores e terapeutas experientes).

d) *Symptom Checklist – 90 – R* (SCL-90-R): escala de autoavaliação com 90 itens de sintomas, que refletem o padrão psicológico de quem é avaliado (Derogatis, (1994). Avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas, numa escala de frequência de cinco pontos, graduada de 0 a 4 (0 = nenhum a 4 = extremamente muito): Somatização (S); Obsessões Compulsões (OC); Sensibilidade Interpessoal (SI); Depressão (D); Ansiedade (An); Hostilidade (H); Ansiedade Fóbica (AF); Ideação Paranoide (IP); Psicoticismo (PS). Classifica-a em três índices globais de distúrbios: Índice Global de Severidade (IGS); Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP); Total de Sintomas Positivos (TSP). Traduzido para 24 idiomas e adaptado por Lanoni (2001) para a população brasileira, o instrumento apresentou boa consistência interna (de 0,73 a 0,88). Os resultados brutos para cada dimensão e para os três índices globais são convertidos em resultados ponderados. Para definir o resultado, a medida utilizada é o escore IGS, maior ou igual ao escore T de 63. Caso dois escores de dimensões primárias sejam maiores ou iguais ao escore T de 63, o indivíduo é considerado um caso de risco (Derogatis,1994).

Procedimentos de coleta dos dados

O interesse pela pesquisa parte da prática clínica da pesquisadora, que realizou sua especialização num Ambulatório com abordagem da Psicoterapia Psicodinâmica de longo prazo¹, comumente definida com a duração de um ano ou 50 sessões (Crits-Christoph & Barber, 2000), localizada no sul do Brasil, na cidade de Porto Alegre. A pesquisadora conhece o ambulatório da instituição através da supervisão de anos de estágios, o que oportunizou o contato institucional. Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e analítico, realizado através de uma pesquisa documental.

Esta pesquisa atende à Resolução nº 510 (2016) do Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde, que estipula as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética do ambulatório da Instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, CAAE 68860117.2.0000.5344.2013.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados dos prontuários e questionários foram analisados de maneira descritiva, por meio de tabelas de contingência, frequência absoluta e frequência relativa. O estudo da distribuição de dados das variáveis contínuas foi baseado no teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

A partir das possibilidades de respostas do instrumento SCL, estas foram reorganizadas, uma vez que as estimativas dos resíduos ajustados demonstraram concordância com os sinais dos resíduos para as classificações da severidade dos sintomas. A análise dos dados foi baseada em três possibilidades: 1) Nenhuma/pouca severidade; 2) Severidade moderada; 3) Bastante/muito severo. As variáveis de tratamento,

¹ Este ambulatório adere à abordagem da psicoterapia psicodinâmica em seu processo, com sessões psicoterápicas já avaliadas pelo Instrumento de Avaliação de Sessões Psicanalíticas (IASP), com construção e validação de Almeida (2010), que identifica a aderência das sessões à técnica psicanalítica.

tendo em vista a extensão das respostas do instrumento, também foram reorganizadas em razão do abandono, sendo divididas em três variáveis: Pacientes, Instituição e Tipo de Abandono e suas subcategorias.

Para a análise bivariada entre variáveis categóricas, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e o Teste Exato de Fisher. Como a variável desfecho "Abandono" apresenta distribuição dicotômica, o procedimento de análise escolhido para identificar quais variáveis apresentaram associação foi a técnica de Regressão Logística Binária Múltipla, na qual todas as variáveis com valores de $p \leq 0,250$ na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada, com o objetivo de evitar a exclusão de variáveis potencialmente importantes (Hosmer & Lemeshow, 2000).

As variáveis independentes a serem investigadas no modelo foram separadas em três blocos: Sociodemográficos, Dados clínicos e Dados Tratamento. Para cada bloco foi estimado um modelo de regressão. Para a implementação da técnica de regressão sobre o grupo de variáveis, inicialmente inseridas no modelo (modelo saturado), foi usado o método *Backward condicional*. Dessa forma, a razão de chance e valor- p apresentados estão ajustados para as variáveis que compuseram cada etapa (*step*) dos modelos gerados. A associação foi avaliada com o teste da razão de máxima verossimilhança (*likelihood-ratiotest - 2LL ou -2log*), que também foi usada para avaliar a qualidade do ajuste do modelo final de regressão logística, bem como, os estimadores de R^2 de *Nagelkerk* e *Hosmer-Lemeshow*.

A probabilidade para a entrada gradual das variáveis no modelo foi de 0,05; e para a remoção, 0,10. Como ponto de corte, a significância foi de 0,50 para o máximo de 20 interações. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2008) para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística, adotou-se o nível de significância de 5%.

Resultados

Os resultados obtidos através do modelo de regressão logística binária múltipla foram identificados, inicialmente, por blocos sociodemográficos, clínicos e de tratamento, capazes de explicar o grupo AI. Para o bloco dos fatores sociodemográficos, foi realizada uma comparação entre as variáveis: faixa etária – 18 a 25 anos; 26 a 35 anos; 36 a 40 anos ($p < 0,218$); escolaridade – Ensino Médio (EM), Ensino Fundamental (EF) e Ensino Superior (ES) ($p < 0,049$); e renda – até um SM; dois a três SM; quatro a seis SM; e sete SM ou mais ($p < 0,001$). Estas variáveis mostraram-se representativas e foram incluídas no modelo inicial da regressão logística.

Com base na análise bivariada, o modelo inicial englobou o sexo ($p = 0,0246$), a escolaridade ($p = 0,049$) e a faixa de renda ($p = 0,004$). Destas variáveis, foi mantida até o modelo final (etapa 3), a faixa de rendimento, na qual os investigados com rendimentos de até um SM e de dois a três SM apresentaram maior chance de AI.

No que se refere à qualidade do ajuste do modelo, verificou-se que a estimativa apontada pelo teste *Hosmer & Lemeshow* [Qui quadrado - $\chi^2_{calc} = 7,274$; $p=0,818$ (g.l. = 2)] indicou que não houve diferenças significativas entre as estimativas do modelo e as classificações reais da amostra para o grupo AI. A matriz de confusão detectou um total de acertos de 67,4%. O modelo classificou corretamente 75,8% dos casos do grupo AI e 56,2% dos investigados pertencentes ao grupo AM.

A Tabela 1 apresenta as informações do modelo da regressão logística, relativas às variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Modelos de Regressão Logística Binária Multivariada para predição do AI sobre as variáveis independentes sociodemográficas

Variável independente sociodemográfica	Coeficiente de regressão			Exp(B)	OR Ajustado	
	B _{bruto}	S.E.	Sig.		IC95%	
				Lower	Upper	
Modelo inicial						
Sexo masculino	0,214	0,146	0,142	1,239	0,931	1,648
Escolaridade						
EF	0,027	0,399	0,946	1,027	0,470	2,246
EM	0,180	0,159	0,259	1,197	0,876	1,636
Renda						
Até 1	0,695	0,272	0,011	2,004	1,176	3,415
De 2 a 3	0,495	0,191	0,010	1,640	1,128	2,386
De 4 a 6	0,182	0,194	0,348	1,200	0,820	1,756
Constante	0,525	0,184	0,004	1,691		
Modelo final						
Renda			0,004			
Até 1	0,748	0,258	0,004	2,113	1,274	3,503
De 2 a 3	0,507	0,185	0,006	1,660	1,155	2,386
De 4 a 6	0,179	0,191	0,350	1,196	0,822	1,739

Modelo Inicial - Nota: R² de Nagelkerke 0,046; Prova de Hosmer-Lemeshow (Qui quadrado = 7,274; p = 0,8187); Cox & Snell: 0,051; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 56,2%;

Modelo Final - Nota: R² de Nagelkerke 0,146; Prova de Hosmer-Lemeshow (Qui quadrado = 7,274; p = 0,818); Cox & Snell: 0,112; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 67,4%;

DA: Dados ausentes sobre o conjunto de variáveis sociodemográficas Sexo [2 (0,2%)], Escolaridade [5 (0,4%)]; Renda [2 (0,2%)]; OR: *Odds ratio*; IC95%: Intervalo de Confiança 95%; EM: Ensino Médio; EF: Ensino Fundamental.

Em relação ao bloco da análise bivariada dos fatores clínicos capazes de explicar o AI, os resultados indicaram que houve associação estatística significativa entre o AI e o IGS (p = 0,015), na classificação IGS “Bastante/muito”, 37,1% (n = 348), indicando que pacientes com grau de severidade alto na sintomatologia apresentada tendem a abandonar o tratamento na fase inicial.

Com base na análise bivariada, o modelo inicial englobou as variáveis clínicas IGS (p = 0,015), OC (p = 0,099); e AF (p = 0,056) e An (p = 0,244). A variável elencada como preditora do AI foi a Ansiedade Fóbica (AF). Os investigados com classificação “moderada” apresentaram 1,749 vezes mais chance de AI. Na classificação “Bastante/Muito”, o risco de AI foi ainda mais expressivo, implicando um aumento de 2,578 vezes.

Nas informações referentes à qualidade do ajuste do modelo, verificou-se que a estimativa apontada pelo teste de *Hosmer & Lemeshow* [Qui quadrado - $\chi^2_{calc} = 1,251$; p=0,706 (g.l. = 3) indicou que não houve diferenças significativas entre as estimativas do modelo e as classificações reais do AI. A matriz de confusão detectou um total de acertos de 74,4%, sendo que o modelo classificou corretamente 79,5% dos casos do grupo AI e 69,3% dos investigados pertencentes ao grupo de AM. A Tabela 2 apresenta as informações do modelo final da regressão logística sobre as variáveis clínicas.

Tabela 2. Modelos de Regressão Logística Binária Multivariada para a predição do AI sobre as variáveis clínicas

Variável independente clínica	Coeficiente de regressão			OR Ajustado		
	B _{bruto}	S.E.	Sig.	Exp(B)	IC95%	
					Lower	Upper
Modelo inicial						
OC						
Moderada	0,206	0,167	0,217	1,228	0,886	1,702
Bastante/Muito	-0,045	0,231	0,846	0,956	0,608	1,503
AF						
Moderada	-0,206	0,243	0,397	0,814	0,505	1,311
Bastante/Muito	0,554	0,363	0,127	1,740	0,854	3,542
An						
Moderada	-0,225	0,184	0,222	0,799	0,557	1,146
Bastante/Muito	-0,133	0,293	0,650	0,876	0,493	1,554
Constante	0,811	0,162	0,000	2,250	-	-
Modelo final						
AF						
Moderada	-0,289	0,226	0,020	1,749	1,248	2,966
Bastante/Muito	0,456	0,325	0,016	2,578	1,835	3,983

Modelo Inicial - Nota: R² de Nalgelkerke 0,048; Prova de Hosmer-Lemeshow (Qui quadrado = 5,821; p = 0,561); Cox & Snell: 0,038; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 59,7%; Modelo Final - Nota: R² de Nalgelkerke 0,221; Prova de Hosmer-Lemeshow (Qui quadrado = 7,274; p = 0,818); Cox & Snell: 0,117; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 74,4%; DA: Dados ausentes sobre o conjunto de variáveis clínicas: IGS, An, AF e OC [10 (0,8%)]; OR: *Odds ratio*; IC95%: Intervalo de Confiança 95%; OC: obsessividade; AF: ansiedade fóbica; Na: Ansiedade.

Buscando identificar possíveis influências das variáveis sociodemográficas sobre as classificações do instrumento SCL que se mostraram significativas para responder pelo AI, foram gerados novos modelos de regressão logística. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que houve influência representativa apenas da variável sexo, cuja inserção no modelo implicou um resultado mais representativo para a AF. Assim, há evidências de que o sexo masculino potencializa o poder de explicação atribuído à variável AF. O modelo com controle para o sexo apresentou um poder de explicação de 29,4%. A proporção de casos classificados corretamente foi de 78,6%, sendo 83,2% para o AI e 69,9% para o AM. A Tabela 3 apresenta as informações do modelo final da regressão logística sobre as variáveis clínicas, ajustado para sexo.

Tabela 3. Modelos de Regressão Logística Binária Multivariada para a predição da AI sobre as variáveis independentes clínicas, ajustados para o sexo (variável sociodemográfica)

Variável independente	Coeficiente de regressão			OR Ajustado		
	B _{bruto}	S.E.	Sig.	Exp(B)	IC95%	
					Lower	Upper
AF						
Moderada	-0,289	0,111	0,016	1,811	1,556	3,641
Bastante/Muito	0,656	0,284	0,009	3,201	1,988	6,544

Modelo Final ajustado para sexo [OR: 1,658 / IC95%: 1,103 – 2,778] - Nota: R² de Nalgelkerke 0,294; Prova de Hosmer-Lemeshow (Qui quadrado = 8,626; p = 0,375); Cox & Snell: 0,220; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 78,6%; DA: Dados ausentes sobre o conjunto de variáveis AF [10 (0,8%)] sexo [2 (0,2%)]; OR: *Odds ratio*; IC95%: Intervalo de Confiança 95%; AF: ansiedade fóbica.

Quanto aos fatores de tratamento, na etapa dos blocos da análise bivariada, os resultados indicaram que tratamento psicoterápico anterior ($p < 0,001$), experiência do terapeuta ($p < 0,056$) e razão do abandono ($p < 0,001$) apresentaram potencial para compor o modelo de regressão logística binária multivariada. Foram elencadas no modelo final duas variáveis: tratamento psicoterápico anterior e a razão do abandono. O modelo elencado apresentou um poder de explicação de 12,4%, com uma proporção total de acertos de 73,8%.

No que se refere à variável tratamento psicoterápico anterior, o paciente não ter realizado algum tipo de tratamento anterior, estimou-se um risco de 1,547 vezes mais chance de AI. Em relação à variável razão de abandono, três razões associaram-se com o AI: o tipo de abandono não compareceu à sessão e não justificou, com 8,482 vezes mais chance de AI; paciente (outros motivos, mudança de cidade, falta de recursos, motivos de saúde), com 1,955 vezes; fatores organizacionais (insatisfação) com 1,676 vezes mais chance de AI.

A Tabela 4 apresenta as informações do modelo final da regressão logística binária multivariada sobre as variáveis clínicas independentes de tratamento para a predição do AI.

Tabela 4. Modelos de regressão Logística Binária Multivariada para a predição do AI sobre as variáveis independentes de tratamento

Variável independente Tratamento	Coeficiente de regressão			Exp(B)	OR Ajustado	
	B _{bruto}	S.E.	Sig.		Lower	Upper
Modelo inicial						
Tratamento Psicoterápico Anterior – Não realizou anteriormente	0,433	0,138	0,002	1,543	1,176	2,023
Experiência do Terapeuta						
Estagiário	0,162	0,244	0,508	1,175	0,729	1,896
Primeiro ano da formação	0,045	0,266	0,867	1,046	0,621	1,76
Segundo ano da formação	0,347	0,295	0,240	1,414	0,793	2,522
Terceiro ano da formação	-0,170	0,242	0,480	0,843	0,525	1,354
Razão do Abandono						
Paciente Insatisfeito – Desmotivação	1,113	0,608	0,067	3,044	0,924	10,025
Fatores Organizacionais – Insatisfação	0,499	0,258	0,053	1,646	0,993	2,731
Paciente (motivos: mudança de cidade, falta de recursos, motivos de saúde)	0,634	0,232	0,006	1,886	1,196	2,973
Tipo de Abandono: alta	-0,128	0,5	0,798	0,88	0,330	2,346
Tipo de abandono: não compareceu a sessão e não justificou	2,099	0,283	< 0,001	8,158	4,680	14,221
Constante	-0,105	0,306	0,732	0,901		
Modelo final						
Tratamento Psicoterápico Anterior: Não realizou anteriormente	0,436	0,138	0,002	1,547	1,181	2,026
Razão do Abandono						
Paciente Insatisfeito – Desmotivação	1,138	0,607	0,061	3,121	0,949	10,262
Fatores Organizacionais – Insatisfação	0,517	0,257	0,045	1,676	1,013	2,775
Paciente (outros motivos: mudança de cidade, falta de recursos, motivos de saúde)	0,67	0,231	0,004	1,955	1,243	3,074
Tipo de Abandono: alta	-0,128	0,497	0,797	0,880	0,332	2,330
Tipo de abandono: não compareceu a sessão e não justificou	2,138	0,282	< 0,001	8,482	4,879	14,746

Modelo Final - Nota: R² de Nagelkerke 0,124; Prova de Hosmer-Lemeshow (Qui quadrado = 3,384; $p = 0,641$); Cox & Snell: 0,085; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 73,8%; DA: Dados ausentes sobre o conjunto de variáveis tratamento – presença ou não de tratamento psicoterápico anterior [23 (1,8%)]; experiência do terapeuta [36 (2,8%)]; razão do abandono [12 (0,9%)]; OR: *Odds ratio*; IC95%: Intervalo de Confiança 95%.

Também foram gerados modelos de regressão logística para avaliar possíveis influências das variáveis sociodemográficas sobre as variáveis referentes ao Tratamento, que se mostraram significativos para responder pelo AI. No entanto, os resultados não detectaram influência representativa.

Discussão

O presente estudo buscou identificar os preditores do AI no processo psicoterapêutico na abordagem da PP em adultos jovens. As variáveis de interesse foram as sociodemográficas, clínicas e de tratamento. Os resultados indicaram como preditores do AI, as variáveis sociodemográfica: baixa renda; clínica: AF; as de tratamento: não ter realizado psicoterapia anteriormente; e razões do término de tratamento: tipo de abandono (não compareceu à sessão e não justificou); paciente: (outros motivos: mudança de cidade, falta de recursos e motivos de saúde); fatores organizacionais: (insatisfação).

Em relação à variável sociodemográfica baixa renda, a literatura mais recente já indicava essa variável como de risco para o abandono psicoterapêutico, sugerindo a necessidade de reestruturação na elaboração novos planos de saúde mental (Gómez, 2016). Ainda que a renda seja apontada como um fator associado à baixa adesão ao tratamento, destaca-se que os participantes do estudo foram provenientes de um ambulatório de ensino avançado, que facilita o pagamento do tratamento, se comparado à clínica privada. Apesar dessa facilitação, foram observadas altas taxas de abandono até os 6 meses de atendimento.

Nesse sentido, as preocupações financeiras implicam na não manutenção do tratamento. O estresse financeiro atual pode ser um fator que implica a falta de adesão às psicoterapias (Xio et al. 2017).

Quanto às variáveis clínicas, a gravidade dos sintomas indica que pacientes com gravidade sintomática tendem a abandonar o atendimento, em concordância com o estudo de Isakidis & Andrews (2004) e Krebs et al. (2012). Em relação à AF, variável associada a AI, Cassorla (2015) assinala que o sofrimento e o desespero são responsáveis pela procura dos pacientes que apresentam sintomas de ansiedade. Nesse sentido, cabe ao terapeuta tornar convincente a sua capacidade de cuidar. Segundo esse autor, nesses casos, a aceitação do tratamento não é totalmente genuína, pois são pessoas com difícil acesso ao mundo interno, o que dificulta a abordagem psicodinâmica. Complementando, Ferrari (2015) traz a figura do terapeuta como um ingrediente de estabilidade e de contenção, já que a fobia traz uma vivência próxima ao desamparo.

Um dado relevante do presente estudo evidência que o sexo masculino potencializou o poder de explicação do AI, sendo mais relevante que o índice global de severidade. Vale ressaltar, porém, que a amostra era, predominantemente, feminina. Abre-se, assim, a necessidade de novas investigações sobre esse dado, o que pode auxiliar na prevenção de possíveis entraves no percurso das entrevistas iniciais e no tratamento com o sexo masculino, com características ansiosas fóbicas. Este perfil de pacientes merece um manejo diferenciado dos psicoterapeutas nas entrevistas iniciais, em que o terapeuta pode trazer mais informações sobre o processo psicoterápico e investigando algum desconforto ou fobia no momento da entrevista. Contudo, o fator revela a necessidade de continuidade de novas pesquisas relativas a esta combinação de variáveis.

A associação da variável não ter realizado psicoterapia anteriormente contradiz o estudo de Pureza, Oliveira e Andretta (2013), segundo o qual, essa variável não se associou ao abandono. Considerando o presente resultado, há indicativos de que o

paciente que não realizou psicoterapia anteriormente necessita de uma avaliação das suas expectativas e motivações, visto que não conhece o processo do tratamento e o funcionamento da abordagem da PP. Mesmo assim, as experiências terapêuticas prévias não satisfatórias também devem ser avaliadas, bem como, a ausência de elementos cognitivos significativos que podem contribuir para o abandono (Gómez, 2016).

A avaliação das expectativas dos pacientes que ingressam no processo psicoterapêutico aumenta a probabilidade de adesão, colaborando para uma boa aliança terapêutica e facilitando a sua manutenção (Kegel & Flückiger, 2015; Swift, Greenberg, Whipple, & Kominiak, 2012). Convergindo com esta pesquisa, Zimmermann et al. (2016) assinalam que baixas expectativas sobre o tratamento e a falta de comprometimento do paciente frente ao processo psicoterápico são fatores que podem ser desencadeantes do abandono.

A variável de maior impacto no bloco dos preditores, razões de tratamento, foi o tipo de abandono: não compareceu à sessão e não justificou. Xiao et al. (2017) indicam que os terapeutas devem estar atentos ao nível geral de preocupações que os pacientes demonstram, uma vez que o abandono não é apenas explicado pelas características do paciente; ou seja, as características do terapeuta também podem influenciar. Zimmermann et al. (2016) sugerem avaliar ativamente as demandas do paciente, bem como, fornecer um *feedback* atualizado, estabelecendo uma constante troca com o paciente.

A PP utiliza como referência teórica, autores pioneiros, como Freud (1913/1996), que, desde o princípio, demonstrou preocupação com as entrevistas iniciais, sugerindo ao terapeuta uma atenção à transferência do paciente, realizando um *rapport* efetivo. Perez (2009), ao revisar o termo, aliança terapêutica, na abordagem da PP, reitera a concepção freudiana de transformar o paciente num colaborador para superar as resistências frente ao tratamento. A aliança terapêutica, portanto, segue sendo um fator explorado em pesquisas atuais, como um preditor importante na adesão ao tratamento. Oliveira & Benetti (2015) chamam atenção para as rupturas que podem atrapalhar a interação entre a dupla, paciente e terapeuta.

De forma ainda mais incisiva, Bernardes (2002) revisa enunciados de Lacan (1986), sugerindo que a interrupção da continuidade do tratamento deve-se às resistências também do analista no seu desejo de que o paciente fique em atendimento e retorne à sessão, não lhe permitindo observar o que o paciente expressa inconscientemente. Estar atendo as demandas reais do paciente, assim como dificuldades, pode prevenir a associação da variável do paciente: (outros motivos: mudança de cidade, falta de recursos e motivos de saúde), que neste estudo também se mostrou associada a AI.

Com relação ao resultado da associação entre insatisfação com os fatores organizacionais e AI, esse pode ser explicado a partir da troca de terapeutas, visto que, no final do curso, alguns terapeutas encerram seu trabalho no ambulatório. Também pode-se mencionar o abandono decorrente do tratamento com terapeutas pouco experientes e/ou o desligamento de terapeutas experientes da instituição, fatores que podem estar envolvidos neste importante preditor.

Conclusão

Esse estudo aponta um perfil de risco para o abandono psicoterápico inicial, composto por variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento. Pode-se observar que o abandono do tratamento é um fenômeno complexo, que inclui distintos aspectos que abrangem desde questões econômicas, crenças e atitudes em relação à terapia, bem como, aspectos intrínsecos ao paciente e também ao próprio terapeuta.

Algumas limitações da pesquisa podem ser apontadas, tais como o foco numa população específica, jovens adultos, o banco de dados com informações já coletadas, que não permitem a inclusão de novas variáveis, bem como, o desenho transversal, que impossibilita a relação de causalidade. Quanto às forças deste estudo, pode-se citar o número elevado de prontuários de pacientes (1.272) adultos jovens analisados e o poder de predição das variáveis que constituíram o modelo explicativo do AI. Como sugestão, indicam-se novas avaliações, especialmente, focadas nas características do tratamento e na inserção de novas variáveis como a do terapeuta frente ao abandono psicoterápico inicial.

Referências

- Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-59.
- Bernardes, A. C. (2002). A segunda regra fundamental: Um comentário sobre o Ferenczi de Lacan. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 5(2), 311-316. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982002000200007>
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Begin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6a ed., pp. 1-228). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Cassorla, R. M. S. (2015). A abordagem psicodinâmica do paciente ansioso: Transtorno de pânico e ansiedade generalizada. In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schetasky, *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3a ed., pp. 517-539). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Crits-Christoph, P., & Barber, J. P. (2000). Long-term psychotherapy. In C. R. Snyder, & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 455-473). Hoboken, NJ: Wiley.
- Eizirik, C., Aguiar, R., & Schetasky, S. (2015). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ferrari, H. (2015). A abordagem psicodinâmica do paciente fóbico. In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schetasky, *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3a ed., pp. 577 -599). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Freud, S. (1996). *Sobre o início do tratamento: Novas recomendações aos médicos que exercem psicanálise* (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, Vol. 12). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1913).
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: Em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247-254. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300012>
- Gómez, R. G. (2016). *La predicción del abandono terapéutico através de variables de construcción de significado: Un estudio con clientes de la práctica privada* (Tese de Doutorado). Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/36386>

- Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardello, G., Cervieri, A., Moschetti, L. et al. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 265-267. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300005>
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2014). Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 133-141. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000017>
- Kegel, A. F., & Flückiger, C. (2015). Predicting psychotherapy dropouts: A multilevel approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 377-386. <https://doi.org/10.1002/cpp.1899>
- Khazaie, H., Rezaie, L., & Jong, D. M. (2013). Dropping out of outpatient psychiatric treatment: A preliminary report of a 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. *General hospital psychiatry*, 35(3), 314-319. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.10.008>
- Lacan, J. (1986). *Seminário I: Escritos técnicos (1953-1954)*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. (2015). Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.001>
- Oliveira, N. H., & Benetti, S. P. D. C. (2015). Aliança terapêutica: Estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138.
- Padoan, C., Gastaud, M., & Eizirik, C. (2014). Objetivos terapêuticos para a psicanálise e psicoterapia psicanalítica: Freud, Klein, Winnicott, Kohut. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(3), 53-70.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G. et al. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 114-122. <https://doi.org/10.1037/h0087787>
- Pureza, J. D. R., Oliveira, M. S., & Andretta, I. (2013). Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Argumento*, 31(74), 561-568. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.AO10>
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Salmoiraghi, A., & Sambhi, R. (2010). Early termination of cognitive-behavioural interventions: Literature review. *The Psychiatrist*, 34, 529-532. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.030775>

- Simon, G. E., & Ludman, E. J. (2010). Predictors of early dropout from psychotherapy for depression in community practice. *Psychiatric Services, 61*(7), 684–689. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.7.684>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L., & Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(4), 379–387. <https://doi.org/10.1037/a0028291>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Werbart, A., Andersson, H., & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient-and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research, 24*(6), 724–737. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.883087>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Xiao, H., Castonguay, L. G., Janis, R. A., Youn, S. J., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2017). Therapist effects on dropout from a college counseling center practice research network. *Journal of Counseling Psychology, 64*(4), 424-431. <https://doi.org/10.1037/cou000208>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2016). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(2), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>

Submetido em: 20/04/2018

Revisto em: 01/02/2019

Aceito em: 27/07/2019

Endereços para correspondência

Clarissa Machado Pessota
pessotaclarissa@gmail.com,

Luan Paris Feijo
lparisf@gmail.com

Silvia Pereira da Cruz Benetti
spcbenetti@gmail.com

I. Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT). Porto Alegre. Estado do Rio Grande do Sul. Brasil.

II. Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). São Leopoldo. Estado do Rio Grande do Sul. Brasil.

III. Docente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre. Estado do Rio Grande do Sul. Brasil.