

Fatores Associados à Adesão à Psicoterapia Psicanalítica: um estudo qualitativo

Factors Associated to Adherence to Psychoanalytic Psychotherapy: a qualitative study

Franciele Lauermann* / Fernanda Barcellos Serralta

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Resumo: Devido a sua alta prevalência, o abandono em psicoterapia tem sido um fenômeno amplamente discutido por clínicos e pesquisadores. Considerando as consequências negativas da terminação prematura do tratamento tanto para os pacientes quanto para os terapeutas e serviços de saúde, este estudo busca conhecer fatores que favorecem a adesão à psicoterapia psicanalítica/psicodinâmica. Foram entrevistados seis ex-pacientes de um instituto de formação em psicoterapia psicanalítica que haviam concluído o tratamento em concordância com seus terapeutas, no máximo, há 12 meses. O conteúdo das entrevistas foi transcrito e analisado a partir da metodologia clínico-qualitativa. O corpus gerou quatro categorias e sete subcategorias, que foram discutidas a partir do referencial psicanalítico/psicodinâmico. Os principais facilitadores de adesão encontrados foram: o relacionamento e a aliança terapêutica, os aspectos relacionados ao setting, às características do terapeuta e do próprio paciente, bem como a percepção de mudança no decorrer do processo. Os resultados podem auxiliar os terapeutas em sua prática, contribuindo para minimizar índices tão elevados de evasão, além de ajudar seus pacientes a extrair o máximo benefício possível da intervenção.

Palavras-chave: psicoterapia psicodinâmica; abandono; processo terapêutico.

Abstract: Given its high prevalence, dropping out from psychotherapy has been a widely discussed phenomenon among therapists and researchers. Considering the negative consequences of early termination for both patients, therapists and health services, this study aims to understand factors that favor adherence to psychoanalytic / psychodynamic psychotherapy. Six former patients from a training institute in psychoanalytic psychotherapy who concluded their therapy in agreement with their therapists at the most 12 months ago were interviewed. The content of the interviews was transcribed and analyzed by clinical-qualitative methodology. The corpus generated four categories and seven subcategories, which were discussed based on the psychoanalytic / psychodynamic framework. The main facilitators of adherence were the relationship and therapeutic alliance, aspects related to the setting, the characteristics of both therapist and patient, as well as the perception of change during the process. The results may assist therapists in their practice, contributing to minimize such high rates of dropout, and help their patients to derive the maximum possible benefit from the intervention.

Keywords: psychodynamic psychotherapy; dropout; therapeutic process.

Introdução

A psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica (PP) é uma modalidade de intervenção consolidada e eficaz no tratamento de uma ampla variedade de condições clínicas (Leichsenring et al., 2015; Shedler, 2010; Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017). Oriunda da necessidade da psicanálise clássica se readaptar frente às novas demandas sociais e contextos clínicos (Wallerstein, 2015), a essência da PP envolve a exploração sistemática de aspectos desconhecidos ou inconscientes de si mesmo que se manifestam no relacionamento terapêutico (Shedler, 2010). A interpretação de aspectos inconscientes do funcionamento do paciente expressos na transferência e da resistência, portanto, é central ao modelo (Gabbard, 2005; Shedler, 2010). Não obstante, a PP frequentemente combina intervenções expressivas com intervenções de apoio, dependendo dos objetivos e condições psicológicas do paciente (Gabbard, 2005).

Embora existam outras variantes de tempo limitado, a PP é, no Brasil, geralmente, concebida como uma psicoterapia aberta, de longo prazo. Nesta modalidade de intervenção, o processo é bastante variável, dependendo das características e demandas do paciente. O núcleo do tratamento envolve a exploração de aspectos conflitivos do funcionamento, incluindo a análise de defesas e resistências que irão necessariamente manifestar-se em oposição ao trabalho analítico (Luz, 2015). A análise de aspectos do relacionamento infantil que se repetem com o psicoterapeuta (transferência) pode ser mais ou menos sistemática (Wallerstein, 2015), sendo que as conexões entre as situações do momento presente e o passado são facilitadas (Shedler, 2010). O término é idealmente combinado, após constatação da dupla de que os objetivos acordados foram atingidos satisfatoriamente, além de suficiente análise das ansiedades depressivas que surgem na etapa (Luz, 2015). Entretanto, com frequência, esse processo se distancia do ideal e uma

proporção considerável de pacientes abandona prematuramente¹ a psicoterapia, muitas vezes de modo unilateral e sem aviso, gerando frustração para a dupla terapêutica e implicando também em altos custos econômico e social (Benetti & Cunha, 2008; Gastaud & Nunes, 2010). Sabe-se, por exemplo, que tratamentos psicológicos efetivos previnem doenças orgânicas, reduzem custos de tratamentos médicos e as faltas ao trabalho (Altmann et al., 2018).

De modo geral, as taxas de abandono em psicoterapia são altas. Uma metanálise da década de 1990 indica taxa média de 47% (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Embora a metanálise de Swift e Greenberg (2012) tenha revelado taxa média inferior a anterior, de 20%, encontrou índices bastante heterogêneos de abandono (entre 0 e 74,23%). Ou seja, em algumas condições, o abandono chega a atingir quase 3/4 da clientela. É digno de nota que as taxas de abandono não possuem relação com a abordagem do tratamento, mas são maiores em terapias de tempo aberto (em relação às de tempo limitado), em clínicas-escolas e quando o terapeuta é menos experiente (Swift & Greenberg, 2012). Outra metanálise realizada pelos mesmos autores (Swift & Greenberg, 2014) sugere que o abandono depende mais de fatores da terapia (expectativas do paciente, capacidades empáticas do terapeuta, aliança e colaboração entre ambos, por exemplo) do que o problema clínico do paciente ou o tipo de tratamento. Tais achados remetem à relevância de se avaliar fatores intrínsecos ao tratamento para compreender por que os pacientes decidem abandonar ou por que decidem continuar seus tratamentos. Desse modo, estudos sobre a experiência dos pacientes em psicoterapia podem fornecer subsídios para que os clínicos possam atuar preventivamente para evitar a terminação prematura e favorecer que o processo terapêutico chegue ao seu fim esperado.

¹As autoras são cientes das múltiplas denominações que o fenômeno da terminação prematura em psicoterapia recebe na literatura, dependendo da sua operacionalização. Ao longo do texto introdutório os termos “abandono” e “terminação prematura” são utilizados genericamente como sinônimos, de modo intercambiável.

Um estudo qualitativo nacional que comparou a experiência de pacientes que abandonaram e que concluíram a PP sugere que a adesão nesta abordagem de tratamento seja facilitada por fatores como o reconhecimento dos pacientes sobre sua própria participação nos problemas; o desenvolvimento, na terapia, de habilidades de trabalhar com os próprios problemas; e um nível menor de resistência. Os dados ainda sugeriram que a adesão ou abandono pode estar relacionado ao melhor ou pior ajuste às expectativas do paciente e do terapeuta sobre o processo terapêutico e objetivos de tratamento (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2015). E ainda, independentemente da abordagem de psicoterapia, há fortes evidências de que fatores comuns ao relacionamento terapêutico, e, em especial, a aliança terapêutica (AT), são essenciais à adesão, progresso e resultados terapêuticos (Norcross & Wampold, 2011). Na perspectiva psicanalítica, a aliança, a transferência, a contratransferência e o relacionamento real são elementos da relação que podem ser diferenciados, porém que operam de modo interdependente para sustentar o processo terapêutico (Gabbard, 2005; Gomes, 2015; Sanchez & Serralta, 2019).

Enquanto, desde Freud, a transferência é concebida como uma reedição de conflitos primários na situação psicoterapêutica, sendo uma forma especial de resistência (Laplanche & Pontalis, 1992), a contratransferência consiste na ressonância dessa manifestação no terapeuta, configurando uma resposta emocional que pode conter tanto aspectos conflitivos do próprio terapeuta como elementos que o ajudam a compreender a experiência do paciente (Sanchez & Serralta, 2019). Já o conceito de AT implica numa dissociação terapêutica do ego que permite ao paciente a auto-observação e a colaboração na identificação e análise das suas resistências (Gomes, 2015). Por outro lado, o relacionamento real envolve aspectos relativamente livres de conflito da díade, distinguindo-se tanto da configuração transferência-contratransferência como do processo colaborativo da AT, para adentrar o terreno dos aspectos pessoais e genuínos da relação estabelecida pela díade que emergem mesmo quando o tratamento opera sob

o princípio da neutralidade (Gelso, 2009). Conforme uma revisão de estudos empíricos realizada por Ackerman e Hilsenroth (2003), entre as características do terapeuta que positivamente impactam a AT, estão, atributos pessoais como benevolência, abertura, sensibilidade, respeito, honestidade e responsividade.

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento dos fatores que facilitam e/ou impedem a adesão do paciente à PP, o presente estudo, procurou conhecer, a partir da perspectiva de pacientes concluintes, quais elementos presentes na terapia que favorecem a permanência no tratamento até que tenham atingido seus objetivos e realizado término combinado com o terapeuta. Foram questões norteadoras: Quais eram as expectativas dos pacientes quanto ao processo terapêutico? Como avaliam a realidade do tratamento em relação a estas expectativas? Quais os pontos positivos e negativos associados à terapia (setting, enquadre, relacionamento com o terapeuta, resultados, dificuldades)? E, quais os fatores motivacionais relacionados à adesão ao tratamento?

Método

Participantes

Os dados para este estudo foram coletados em um serviço-escola de formação de psicoterapeutas na abordagem psicanalítica. Os participantes selecionados foram seis ex-pacientes do serviço, adultos, entre aqueles que concluíram sua psicoterapia há, no máximo, 12 meses e que obtiveram alta (consentida entre terapeuta e paciente), independentemente do sexo. A seleção se deu por conveniência, por meio da consulta aos prontuários realizada por terapeutas do local integrantes do setor de pesquisa da instituição. Na Tabela 1, é possível visualizar a caracterização dos participantes e o tempo de seu tratamento no instituto.

Tabela 1
Caracterização dos participantes

	Idade	Sexo	Estado civil	Ocupação	Renda (S.M.)	Duração do tratamento
P1	33	F	Casada	Professora	Menos de 3 salários	18 meses
P2	35	M	Solteiro	Administrativo	De 3 a 6 salários	9 meses
P3	50	M	Solteiro	Hotelaria	De 3 a 6 salários	16 meses
P4	37	M	União estável	Empresário	Superior a 9 salários	8 meses
P5	22	M	Solteiro	Recepcionista	Menos de 3 salários	11 meses
P6	22	M	Solteiro	Estudante	Nenhuma	13 meses

Instrumentos

Foi utilizada a entrevista semiestruturada para investigar, a partir da experiência dos ex-pacientes, elementos que se aproximem e respondam ao problema clínico-qualitativo proposto (Turato, 2011). Os tópicos foram: expectativas e objetivos com tratamento; ganhos terapêuticos; aspectos positivos do processo e do relacionamento; aspectos negativos do processo e do relacionamento; desejos e exploração de pensamentos relacionados ao abandono e como foram manejados; tópicos que o paciente julgue relevantes para o problema de pesquisa. Um questionário de dados sociodemográficos foi utilizado para obter uma caracterização desses participantes.

Procedimentos

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade de origem (CAAE 02003518.0.0000.5344). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atestando sua concordância voluntária em colaborar com o estudo, mediante preservação de suas identidades.

O local de coleta dos dados é instituição parceira do grupo de pesquisa. Inicialmente, foram acordados com o setor de pesquisa da instituição os procedimentos do levantamento, que identificou nos prontuários clínicos os casos potencialmente elegíveis e repassou à primeira autora os contatos telefônicos dos pacientes pré-selecionados. Estes foram contatados por via telefônica, inteirados sobre a proposta do estudo e convidados a participar do mesmo. As entrevistas ocorreram no instituto, duraram cerca de 40 minutos e foram gravadas em áudio com a anuência dos entrevistados.

Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os dados foram analisados por meio do método clínico-qualitativo, proposto por Turato (2011). Este apropria-se de conceitos psicanalíticos para delinear a pesquisa, definir os pressupostos e objetivos, construir e aplicar instrumentos e, finalmente, interpretar os resultados do trabalho, permitindo assim a compreensão dos sentidos atribuídos pelos participantes aos fenômenos em estudo. Empregaram-se as seguintes etapas: leitura flutuante do corpus das entrevistas para imergir no material e identificar categorias de análise; categorização segundo critérios temáticos; auditoria da categorização inicial (pelo pesquisador responsável) e categorização por consenso; e interpretação dos dados com base em princípios psicodinâmicos/psicanalíticos, que considera a experiência subjetiva e o conteúdo inconsciente que pode subjazer o discurso (Turato, 2000).

Resultados e Discussão

Os resultados desta pesquisa são apresentados e discutidos a partir de um conjunto de quatro categorias e sete subcategorias provenientes da análise do corpus das entrevistas, conforme Tabela 2.

Tabela 2

Categorias e subcategorias de análise.

Categorias	Subcategorias
A. Contexto da busca por tratamento	A.1 Razões da busca por terapia A.2 Expectativas de mudança
B. Facilitadores de adesão	B.1 Implicações do paciente na superação das resistências B.2 Contribuições do terapeuta B.3 Relacionamento terapêutico B.4 O <i>setting</i> B.5 Processos de mudança
C. Negociação do término	
D. Repercussões da entrevista	

Categoria A. Contexto da busca por tratamento

A.1 Razões da busca por terapia.

Entre as principais queixas e razões para tratamento mencionadas pelos participantes estão os sintomas de estresse, ansiedade e somatizações. Sintomatologias do espectro depressivo também foram referidos: sentimentos de solidão; angústia; baixa autoestima e introversão, que levaram alguns pacientes ao isolamento; e afastamento do mercado de trabalho e da vida social. Conforme um paciente relata:

“Quando eu comecei essa busca foi por uma questão assim do trabalho, de uma sobrecarga de atividades, que eu comecei a sentir coisas que não eram normais, por exemplo, formigamento, tremores, e aí eu entendi assim, que eu não tinha por que estar naquela situação. Mas, ao mesmo tempo, eu não conseguia mais gerenciar essas emoções” (P1).

De modo geral, os sintomas foram percebidos como egodistônicos, havendo consciência da necessidade de ajuda terapêutica: *“Eu vim sabendo que eu precisava de ajuda, que eu não, que o que eu tava sentindo não era saudável” (P5).* Embora as queixas iniciais fossem circunscritas em algumas esferas específicas, os pacientes, ao longo do processo, perceberam a necessidade de abordar outros aspectos de suas vidas. P2 sinaliza bem este aspecto ao dizer que *“a gente tem muito mais do que um, alguma coisa desencadeia sabe, é o gatilho. Mas, tipo, têm muitas outras coisas”.*

Considerando que a PP se situa num continuum entre a psicanálise e a psicoterapia de apoio (Keidann & Dal Zot, 2015), esta possui uma ampla indicação, incluindo conflitos atuais, crises vitais, transtornos da personalidade, atrasos ou prejuízos no desenvolvimento, entre outros. Nesta abordagem, uma motivação genuína envolve desejos de modificação de aspectos internos e disposição para explorar sentimentos, pensamentos e conflitos. Neste sentido, as razões expressas pelos entrevistados para a busca de tratamento parecem indicar essa disponibilidade interna para a introspecção. Cabe ao psicoterapeuta, por sua vez, auxiliar o paciente a superar as resistências iniciais e promover o seu engajamento no processo de exploração inconsciente (Freud, 1905/1996). Sendo um processo aberto, é natural que os objetivos iniciais se ampliem, denotando o progresso do tratamento.

A.2 Expectativas de mudança.

Expectativas quanto ao tratamento foram recorrentes na fala dos participantes. Neste sentido, destacam-se os desejos de autoconhecimento e autorreflexão, isto é, a obtenção de recursos psíquicos para compreender seus estados mentais e emocionais no intento de conduzir, mais proficuamente, relacionamentos e situações conflitantes da vida, lidando melhor com tais sentimentos. Como narra um paciente:

“Então, como que eu poderia fazer pra eu me entender melhor e saber lidar melhor com essas situações, independente do local que eu ia passar né. [...] Se eu saísse do meu trabalho, certamente essa situação aconteceria em outro local” (P1).

Outra fala também elucida as expectativas frente ao processo terapêutico:

“Eu esperava [...] não depender de outra pessoa. [...] Tentar ser uma pessoa independente, assim, psicologicamente falando, sabe? [...] Porque eu acabei por um tempo pensando mais em resolver mais o problema da minha mãe, da minha família, e pensando mais nos outros do que focar em mim mesmo, né?” (P5).

Freud (1913/1996) já mencionava que o sofrimento é a principal força motivadora para uma análise. A atenuação e o alívio sintomático foram referidos, assim como o desejo de reconstruir e dar novo ritmo à vida: *“Ah, meus objetivos inicialmente foram sair dessa crise assim que eu tava, bem dizer. [...] Acho que a vontade de que a vida entrasse num ritmo melhor”* (P3). Apenas um entrevistado menciona não ter criado expectativas com o seu tratamento: *“Melhor ir lá e ver como é que é do que ficar pensando...”* (P2). Tal fala, ao mesmo tempo em que denota ausência de expectativas conscientes, denuncia um desejo de mudança, possivelmente refletindo a ambivalência que é característica da fase inicial de uma psicoterapia (Luz, 2015).

A necessidade de paciente e terapeuta acordarem objetivos é evidenciada na fala de alguns participantes, pois se sabe que nem sempre as expectativas da dupla estão em consonância (Bohart & Wade, 2012; Zatti et al., 2018). Um paciente conta sobre sua relação com sua psicoterapeuta: *“Ela sempre foi muito no meu tempo assim, sabe? Ela foi vendo, conforme eu ia evoluindo, ela ia junto comigo assim”* (P5). Nesse sentido, Zatti et al. (2018) atentam para a relevância da avaliação das condições egoicas do paciente na fase inicial do tratamento, para que se acordar sobre o processo terapêutico, considerando as expectativas e limitações do tratamento. Na mesma direção, Romanowski, Escobar, Sordi e Campos (2015) apresentam a humildade necessária a um terapeuta para conceber níveis de mudança dentro de parâmetros aceitáveis, renunciando objetivos extremamente ambiciosos e compreendendo que tanto o método quanto o terapeuta possuem limitações. Esta flexibilidade e esta sensibilidade do terapeuta de seguir o ritmo do paciente parecem ser aspectos relevantes para o processo terapêutico.

A maioria dos participantes referiu experiência prévia com psicoterapia, inclusive na modalidade grupal. Em três casos houve menção de tratamento paralelo com psiquiatra para ajuste de medicação. Um estudo sugere que pacientes que já fizeram psicoterapia tendem a evadir menos e a concluir seu tratamento (Hauck et al., 2007). Isso pode se relacionar com uma melhor compreensão da dinâmica terapêutica

e/ou pela satisfação com o resultado obtido na ocasião, como apontam Jung et al. (2015). Assim, uma experiência anterior, se positiva, pode favorecer a esperança de obter ajuda satisfatória. E, mesmo quando não plenamente satisfatória, pode ofertar sentido para a experiência atual, atuando como elemento de comparação:

“Eu tive, as outras experiências eram outro, não sei como, se são outros métodos, outro tipo de tratamento que a psicóloga não participava muito, tipo assim, deixava mais eu falar do que questionava” (P3).

Categoria B. Facilitadores de Adesão

B.1 Implicações do paciente na superação das resistências

Os pacientes aludiram enfaticamente sobre a suas implicações na psicoterapia, salientando o enfrentamento de adversidades internas e externas. Como conta um paciente: *“Eu valorizei bastante, e eu me esforçava pra vir. Me esforçava pra pagar também, que na época também eu tava desempregado, não era fácil, mas consegui... Consegui” (P3).* Outro também acrescenta: *“Então é, é bem difícil na real. [...] Tem que enfrentar às vezes alguns medos, uns sentimentos que normalmente a gente foge” (P2).*

A participação ativa do paciente é essencial para o processo de mudança. A inclusão de suas preferências, valores e percepções no plano terapêutico, assim como seu entendimento sobre o processo e a clareza de objetivos a serem atingidos estão relacionadas à maior motivação e a resultados satisfatórios no tratamento (Bohart & Wade, 2012).

Os entrevistados mencionaram a necessidade de manter a motivação e a confiança no tratamento, buscando identificar as resistências e enfrentá-las com o auxílio do terapeuta. As resistências emergem do ego, como defesa, transferência ou ganho secundário, do superego, como necessidade de punição, e do próprio Id, como compulsão à repetição (Freud, 1926/1996). Isso significa que, por mais que possam estar insatisfeitos ou infelizes consigo, os pacientes se apegam ao frágil, mas conhecido equilíbrio alcançado, e resistirão à própria mudança almejada. Em grande medida o

trabalho terapêutico consiste em ajudar o paciente a reconhecê-las, o que é diferente de tentar livrar-se delas (Gabbard, 2005). Um paciente reconhece tal situação:

“Se não tiver a fim, não vai ter resultados assim, por mais que pode ser, lá sei eu, o melhor psicanalista do mundo, se o paciente não tiver a fim de melhorar, ele não vai melhorar, ele só vai chegar e não vai, não vai...” (P3).

A natureza cooperativa na relação terapêutica é essencial para a adesão, pois fomenta a criação de metas para o tratamento e fortalece o entendimento de que é no próprio paciente que se encontram as respostas para os seus conflitos (Gabbard, 2005). A motivação é um pressuposto básico para qualquer psicoterapia, e sua ausência pode comprometer o tratamento. A motivação para a mudança na PP compreende o desejo do paciente em se livrar do seu sofrimento e de seus sintomas e, em colaboração com o terapeuta, buscar por meio de insights alcançar mudanças internas, explorar seus pensamentos e emoções, articular os conflitos atuais com eventos do passado, suportar o resgate de vivências dolorosas e prezar pela verdade e honestidade consigo mesmo (Keidann & Dal Zot, 2015). Relaciona-se com os constructos de expectativa e esperança, pois quando os pacientes apresentam prontidão para mudar, as resistências podem ser contornadas, aumentando a probabilidade de um tratamento satisfatório (Bohart & Wade, 2012). Desse modo, entende-se que a conscientização da responsabilidade do sujeito sobre sua situação atual é o que possibilita modificá-la (Hauck et al., 2007).

B.2 Contribuições do terapeuta

No que tange às contribuições do terapeuta, os pacientes referiram a importância de ter alguém disposto a ouvi-los demonstrando interesse genuíno na sua história e no seu sofrimento, sem proferir julgamentos. Tais elementos são fatores comuns a qualquer abordagem de psicoterapia e comprovadamente relacionados à mudança (Wampold, 2015), integrando também a regra psicanalítica de neutralidade (Gabbard, 2005; Zimmerman, 2008). Um paciente relata *“A disponibilidade e proatividade ... e tu nota quando*

a pessoa tem interesse de fato em elaborar alguns questionamentos um pouco mais profundos” (P4). Outro também destaca a importância de não se sentir julgado *“[...] dia de ir conversar com alguém que não vai, sabe, me julgar, e vai me ouvir, me ajudar”* (P2). Sentir-se compreendido é um ponto citado por um paciente *“O que eu vejo como mais importante é a empatia que tem que ter assim, sabe?”* (P3). Na atualidade, não há quem conteste a importância da empatia no âmbito da clínica. Um estudo realizado por Geller e Greenberg (2002) mostrou que os pacientes priorizam a presença terapêutica, ou seja, a intensidade e autenticidade com que o terapeuta se coloca na relação e o quanto ele se mostra física, cognitiva e emocionalmente implicado com o momento e com o que está sendo relatado.

Com relação à postura do terapeuta, referiram que as colocações feitas foram exploratórias, viabilizando a autorreflexão: *“O que ela sempre dizia assim: ‘Mas o que que você quer fazer?’ Sabe? ‘Qual o teu desejo?’ [...] ‘O que que tu vai te sentir bem fazendo?’”* (P5). Por outro lado, por mais que tenham sido expostas de forma ética e cautelosa, algumas delas soaram desconfortáveis em um primeiro momento, ainda que puderam ser percebidas como constitutivas do tratamento no decorrer do processo:

“Talvez no primeiro momento tu saia assim tipo: ‘Ah não, ela falou tal coisa, por quê?’ Porque é mais fácil tu julgar a terapeuta do que mudar a tua postura. Causa desconforto, mas esse desconforto é pra causar uma reflexão, né?” (P1).

Uma PP mais exploratória e expressiva, dirigida ao insight, pode provocar algum nível de desconforto e ansiedade. Por esse motivo, a motivação para a autocompreensão, assim como uma razoável capacidade de tolerar frustrações, são requeridas (Gabbard, 2005). Uma abordagem acolhedora e respeitosa encoraja o paciente a abordar suas preocupações e sentimentos de modo mais espontâneo. Por sua vez, o terapeuta pode detectar os melhores momentos para intervir e propor reflexões ou interpretações que sinalizem as conflitivas subjacentes aos conteúdos expostos. Assim, é possível trabalhar de modo mais harmônico, favorecendo a elaboração desses conflitos e encontrando, com

o paciente, soluções menos dispendiosas ao aparelho psíquico e mais adaptadas à realidade (Luz, 2015).

Os entrevistados apontaram características importantes em um psicoterapeuta: empatia, cordialidade, interesse, confiança, simpatia, afeto, flexibilidade, resiliência, proatividade e disponibilidade. Com relação à técnica, salientam serem importante a exploração, a profundidade, a reflexão, o suporte e a compreensão. Também foi dada especial ênfase ao conhecimento e aporte teórico apresentado pelo profissional: “[...] *tinha um bom conhecimento né teórico, filosófico*” (P4). Tais qualidades estão em consonância com uma ampla revisão realizada por Ackerman e Hilsenroth (2003) sobre as técnicas e os atributos pessoais dos terapeutas que impactam positivamente na formação da AT.

B.3 Relacionamento terapêutico

A relação terapêutica foi o elemento mais proeminente na fala dos entrevistados. Estes descreveram aspectos do seu relacionamento com o terapeuta, destacando o vínculo afetivo construído, as trocas e o compartilhamento de experiências, bem como a cumplicidade estabelecida. Um paciente conta sobre a importância de haver um profissional para facilitar sua fala :

“Eu acho que me ajudou muito assim [...] pra eu poder desabafar as coisas que eu sentia assim, sabe? E aquele turbilhão de pensamentos e sentimentos que vêm, e tipo, alguém poder ouvir isso assim foi muito importante pra mim”. (P5).

Ressaltaram a importância de compartilhar bons e maus momentos com um profissional instruído para este ofício, em uma relação que não é natural e espontânea, mas sustentada por um aporte teórico-clínico norteador de uma prática pautada no sigilo e na confiança. Assim, um paciente destaca a diferença entre a fala comum e a fala analítica: *“Eu podia conversar, porque diferente assim, tu tem a família, tu tem irmãos, tu tem amigos, mas tu tem uma profissional que tá ali pra te ajudar mesmo assim, sabe?”* (P3).

O relacionamento terapêutico envolve aspectos que estão presentes em outros relacionamentos pessoais, como a genuinidade e o afeto (Gelso, 2009), essenciais ao desenvolvimento da aliança (Gelso, 2009), mas vai além disso, compreendendo uma relação de ajuda que envolve componentes colaborativos. A AT é um dos elementos centrais para a manutenção de qualquer processo psicoterapêutico. O seu desenvolvimento ao longo das sessões é essencial para o sucesso da terapia (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018). A manutenção da AT não é uma tarefa atribuída unicamente ao terapeuta. Ao contrário, a literatura aponta para a natureza interpessoal e intersubjetiva deste construto. Assim, baseada na posição de Bordin (1979), a AT hoje é concebida como uma relação colaborativa entre paciente e terapeuta, uma relação pautada na confiança mútua e no acordo implícito ou explícito entre objetivos de tratamento, tarefas e procedimentos da terapia. Nesta perspectiva, a AT possui caráter dinâmico e pode oscilar ao longo das sessões, devendo ser negociada pela dupla (Flückiger, et al., 2018).

Certas tensões e desajustes foram apontados na fase inicial do tratamento, em que a AT ainda estava sendo formada. Um paciente também explica como o falar no setting, com uma escuta analítica, produz efeitos: *“É que era uma coisa diferente que tava acontecendo né, a terapia. Então eu tava com a minha vida inteira ali em foco né, na minha cabeça, pra expor pra outra pessoa”* (P5). Outro afirma: *“No começo da sessão, tipo, ela: ‘Oi, tudo bem? Tal, e aí’ E aí?... E aí, tipo, aí pra mim era difícil arrancar, sabe? [Risos]. Depois que eu arrancava assim até ia”* (P2). O início de tratamento imediatamente produz resistências pois gera uma mudança consciente do paciente para com seus problemas e conflitos enraizados no passado que paradoxalmente implicarão na sua exacerbação e compulsão à repetição. A transferência deriva da necessidade de repetir os padrões relacionais do passado, ao invés de recordá-los e representá-los psicologicamente. Quando positiva e amena, servirá de veículo ao trabalho terapêutico (Freud, 1912/1996).

Pacientes que possuem clareza do seu papel no processo terapêutico tendem a aderir e permanecer em tratamento por mais tempo (Beitman & Yue, 2004). Luz (2015) ressalta que, por vezes, o terapeuta deverá ensinar o paciente a se tratar, estimulando-o a se interessar por seus conflitos e pelos modos de funcionamento de sua personalidade, fazendo-o compreender que ele é o principal agente de mudança. Com base nas verbalizações dos entrevistados, entende-se que a escuta sensível, qualificada, favorece que o paciente se interesse sobre seu mundo interno e o ajuda a assumir responsabilidade pelo tratamento, contribuindo para a adesão à PP.

B.4 O setting

Outro elemento abordado pelos pacientes como relevante para a decisão, consciente ou inconsciente, de permanecer em tratamento, é o espaço privilegiado de escuta e reflexão, compreendido pelo setting. Em alguns casos, constituiu-se como o único momento reservado exclusivamente para si, um refúgio que promove o que Winnicott (1990) denominou de holding: um ambiente sensível que acolhe, protege, nutre, integra e compreende, mas que, também, a partir dessa provisão segura e da introjeção das recordações de cuidado, viabiliza a continuidade do ser, seu amadurecimento, independência e capacidade de estar só. O conceito, relacionado à função dos cuidadores primários de prover sustentação psicológica ao bebê, aplicado ao relacionamento terapêutico aponta para uma função que se contrapõe (ou complementa) a atividade interpretativa. Um paciente ilustra sobre como o setting é importante para o desenvolvimento da psicoterapia: “[...] *Tava precisando de um espaço pra pegar e conversar, oxigenar, refletir, né [...] Foi meio que um passo inicial para eu conseguir ter o meu momento, o meu espaço*” (P4).

O mais notável propósito do setting é a possibilidade de criar algo novo, uma realidade diversa para o sujeito. Isso só é possível se o ambiente favorecer a transferência, em que o paciente revive experiências emocionais infantis conflituosas, resignificando-

as. (Zimmerman, 1999). Sentindo-se confortável diante de um ambiente acolhedor, o paciente pode abordar conteúdos de qualquer natureza com a garantia de que não será julgado, de que o setting se manterá inalterado e de que o terapeuta continuará íntegro, ao seu aguardo na próxima sessão. O P2 clarifica essa questão ao mencionar: *“Tinham, enfim, passagens da minha vida que pra mim eram tabus assim, sabe? Tipo, não se tocava no assunto [...] e eu comecei a tirar isso um pouco, sabe? E confrontar...”*.

O horário das sessões também foi mencionado por dois entrevistados. Um referiu esse aspecto com um tom negativo, pelo fato de o seu horário ser imediatamente após o trabalho, o que o “induzia” a abordar assuntos referentes ao mesmo, ainda que sua demanda tenha sido relacionada a esse contexto; o outro aborda como foram positivas a disponibilidade e a flexibilidade de horários ofertados pelo terapeuta e pelo instituto, mesmo que não tenha conseguido manter os atendimentos em razão de sua rotina de trabalho. Ainda que se possa entender as dificuldades de horários como aspectos resistenciais, a negociação deles é um dos aspectos essenciais do contrato. Para que se desenvolva um trabalho ético e produtivo, a formalização do vínculo terapêutico e a adoção de procedimentos organizadores e estruturantes da psicoterapia são imprescindíveis. Além de abranger particularidades da relação paciente/terapeuta (combinações e atitudes esperadas de cada um; aliança de trabalho, ressonância empática e sintonia entre as partes), o setting envolve aspectos técnicos formais (acordo de honorários, férias, horários e duração da sessão, etc.). Desse modo, cria-se uma atmosfera de expectativa com relação às sessões, um espaço potencial para a experimentação de novas formas de pensar, sentir, agir e relacionar-se (Gabbard, 2015; Luz, 2015; Zimmerman, 1999).

B.5 Processos de mudança

As mudanças mencionadas por todos os participantes estiveram de acordo com os objetivos e expectativas formuladas no início do tratamento. Destacaram-se

resultados obtidos no âmbito do trabalho, como enfrentamento de situações estressantes, melhora na autoestima e na comunicação interpessoal. Um paciente destaca uma conscientização proveniente do processo analítico: *“Eu trabalhei muitos e muitos anos durante a madrugada [...] porque eu não gostava muito de trabalhar com os outros, era mais isolado. E agora eu trabalho no turno que é mais movimentado”* (P3). Aliada às mudanças neste contexto (demanda inicial), reconheceram melhoras em nível global, envolvendo situações e relacionamentos em outras esferas sociais, o que é consistente com a proposta de tratamentos psicanalíticos (Luz, 2015; Romanowski et al., 2015).

Os entrevistados manifestaram um aumento na organização das funções mentais, como a ampliação do conhecimento da realidade psíquica, da capacidade de pensar e perceber padrões de pensamento, de representar e relacionar percepções internas e externas (Romanowski et al., 2015). Um paciente contou que:

“nunca tinha analisado por essa maneira. [...] Sai do teu quadradinho lá, pra também tu poder analisar por outros meios, né. [...] porque tu tá muito dentro daquilo, das experiências que tu teve, da tua família, de como as pessoas ao teu redor reagiriam naquela situação. Mas não é porque é assim que tu tem que agir sempre assim, né?” (P1).

Um participante relatou mudanças significativas em sua vida a partir de seu acompanhamento psicológico. Anteriormente, apenas com as consultas psiquiátricas não foi capaz de reverter e controlar a situação, especialmente relacionada à dependência química. Mencionou o caráter paulatino de seu tratamento e concedeu à psicoterapia as conquistas que obteve e que ainda estão por vir. Como explica:

“Eu fumei maconha durante 35 anos. E isso aí foi, vendo como eu me prejudiquei durante todo esse tempo assim. E agora já vai fazer dois anos que eu não fumo e, , minha vida social, minha vida profissional... [...] Consegui me colocar no mercado de trabalho novamente, numa rede de hotéis bem legal, acho que uma das melhores que têm agora aqui no estado. [...] E daí cada hotel teve um funcionário que foi escolhido como funcionário destaque, e eu fui escolhido como funcionário destaque do meu hotel assim [...] E cada dia daí é uma motivação pra mim” (P3).

Apesar de o investimento financeiro aparecer como uma dificuldade em certos momentos, os pacientes concluíram que o custo-benefício do tratamento foi positivo, correlacionando um investimento importante em sua saúde e bem-estar. Um paciente ilustra:

“100% satisfatório assim, sabe? [...] se eu for multiplicar 1 ano e meio por 4 semanas, enfim, tipo, o que eu ganho, o que eu recebi no meu trabalho, eu já paguei toda a terapia e ainda tenho a vida toda pela frente, assim digamos. E fora a questão de qualidade de vida assim, né?” (P3).

Todos os participantes apontaram mudanças ao longo do processo, com exceção do P6 (*“Não notei mudança”*), que não as referiu conscientemente, mas se contradisse ao citar a remissão de seus sintomas: *“E agora até tá mais hããn, bem mais calmo os tiques assim. Depressão não tenho mais” (P6)*. Nas entrevistas, este participante destoou dos demais, apresentando um modo de funcionamento psíquico mais concreto e menor capacidade de insight e introspecção. Menciona que não conseguiu estabelecer objetivos para o tratamento junto ao seu terapeuta e, assim, não se sentiu favorecido. No entanto, reconheceu sua falta de motivação e colaboração no processo, alegando dificuldades de expressão e relacionamento interpessoal:

“Acho que eu também, eu podia ter tentado mais [...] me ajudar mais um pouco assim, sabe? Querer mais... também tem isso. Porque eu sei como que é difícil eu me expressar e, por vezes, me relacionar com outras pessoas então.” (P6).

Referiu repetidamente que ia à psicoterapia por imposição da mãe e por uma *“logística favorável”*. Apesar dessas limitações, no entanto, parece ter se beneficiado com a psicoterapia, ainda que em menor grau, em comparação aos demais. Isso reforça a assertiva de que a extensão do engajamento e das mudanças alcançadas numa psicoterapia depende de múltiplos fatores, incluindo a motivação e as condições internas e de personalidade do paciente (Bohart & Wade, 2012).

Categoria C. Negociação do término

O término ou alta em psicoterapia é um tema controverso. Iankilevich, Lima e Szobot (2008) atentam para o fato de os dois termos poderem designar diferentes modos de finalização do tratamento. A alta implica em um resultado favorável, em que paciente e terapeuta assentem sobre o alcance dos objetivos traçados, havendo mudanças intrapsíquicas que se estenderam a visíveis mudanças externas e quando as manifestações transferenciais foram suficientemente solucionadas (Gabbard, 2005), diminuindo as distorções do relacionamento com o terapeuta (Romanowski et al., 2015), que passa a se configurar como mais real (Gelso, 2009).

A finalização bem-sucedida da terapia é a culminância da avaliação conjunta, entre paciente e terapeuta, da realização de metas preestabelecidas, dos alcances e limites do processo de mudança realizado e das condições de vida atual do paciente. Algumas das razões para o término, que corroboram a literatura (Gabbard, 2005; Jung, et al., 2015; Khazaie et al., 2016; Westmacott & Hunsley, 2010), foram mencionadas pelos participantes: alcance total ou parcial de objetivos aliado a mudanças na rotina de trabalho (tempo), na situação socioeconômica/financeira, e/ou da disponibilidade do terapeuta (saída do instituto).

Um paciente mencionou sobre o fim do processo analítico:

“É que chegou um momento que eu já não tava conseguindo comparecer em quase nenhuma semana [...] não era a periodicidade adequada pra conseguir ir fazendo essas reflexões e dando sequência na linha de raciocínio também. Mas eu já tava satisfeito [...] por muitas questões terem sido respondidas” (P4).

A PP, em comparação com a psicanálise clássica, possui objetivos mais circunscritos. Não almeja a resolução da patologia de caráter por meio da análise genética do conflito e sim modificações comportamentais, de funcionamento e de características de personalidade por meio da abordagem dos conflitos derivados (Gabbard, 2005; Wallerstein, 2015). Não obstante, é uma terapia ambiciosa em comparação com outras abordagens que se centram na resolução de sintomas. Uma PP

bem-sucedida promove mudanças psíquicas amplas e que incluem, além da mudança sintomática, ampliação das capacidades psicológicas, maior integração do self, ampliação da vida afetiva, controle de impulsos, mudança nos padrões relacionais, aceitação de si mesmo, tolerância à angústia, defesas menos imaturas, entre outros aspectos (Romanowski et al., 2015).

A saída do terapeuta dos institutos de formação e a consequente interrupção dos tratamentos é uma questão que merece ser avaliada com maior profundidade em estudos posteriores. No caso dos participantes entrevistados, dois deles obtiveram alta nessas circunstâncias. Ainda que tenha ficado subentendido que dariam continuidade caso o terapeuta permanecesse, também alegaram motivos financeiros e a obtenção de resultados satisfatórios no período. Como afirma um paciente:

“Já era desde que eu iniciei o tratamento, eu sabia que em dezembro ela ia sair, né? Que eu poderia trocar de terapeuta no mês seguinte, hããn, eu vim levando assim pra pelo menos encerrar esse ciclo com ela, e de repente, depois procurar um tratamento mais acessível assim, em questão de... da questão financeira” (P5).

Winnicott (1990) defendia a premissa de que o término é um dos objetivos do tratamento, pois permite que o paciente reviva uma separação e lide com as angústias decorrentes de modo diferente do que o fez na infância. Alguns participantes referiram estar sentindo a terapia como uma bengala, manifestando o desejo de viver sem esse suporte. Referem que o processo de terminação foi gradual e que os terapeutas se colocaram à disposição caso necessitassem de um apoio, ou mesmo se quisessem retornar ao tratamento. Dessa forma, fortaleceu-se a autonomia dos pacientes, que puderam se experimentar sem ele com maior confiança.

Os reflexos da terapia foram e ainda são sentidos pelos pacientes. Os ganhos não se restringem apenas ao período do processo, mas os acompanham, uma vez que “aprendem a se tratar”, conectando-se consigo e com a sua angústia, refletindo sobre ela (obtendo insights) e ampliando a capacidade de resolver seus conflitos. Conforme um

paciente disse: “Quando surge alguma coisa eu, , penso, respiro fundo, e penso no como que a gente conversaria e agiria, e ajo pelas minhas pelas minhas próprias ideias assim” (P3).

O processo analítico só é bem-sucedido quando ocorre uma exitosa identificação com a função psicanalítica do analista (Zimerman, 2008), um ecoamento contínuo de tudo que foi trabalhado durante as sessões. O alcance dessa função é um sinalizador importante para o processo de alta em psicoterapia de orientação psicanalítica (Gabbard, 2005).

Categoria D. Repercussões da entrevista

Os entrevistados referiram que participar do estudo os fez resgatar boas lembranças, proporcionando uma retrospectiva do processo terapêutico. Um deles destaca:

“Hoje pra mim foi como se fosse uma consulta, assim, digamos, bem especial porque foi uma lembrança de tudo sem a psicóloga, com outra pessoa assim, sabe? [...] Foi uma maneira de lembrar tudo o que eu passei e ver como é que eu tava, como é que eu tô hoje e como é que eu vou me esforçar pra continuar me mantendo da forma que eu tô assim” (P3).

Alguns manifestaram o desejo de retomar o tratamento, seja pelo bem-estar que lhes proporcionava, seja por terem restado questões por trabalhar. Essas manifestações corroboram os benefícios já referidos do tratamento, mas sinalizam também que a transferência não se desfaz completamente. Os pacientes reconhecem ganhos significativos, mas alguns entendem que ainda haveria aspectos a serem analisados. Essa constatação reitera a ideia de que numa PP é fundamental que paciente e terapeuta ajustem suas expectativas e negociem metas realistas. Um término pode ser bem-sucedido quando se registram mudanças relevantes e estáveis e o contexto de vida do paciente muda, ainda que existam aspectos conflituosos não trabalhados. Neste sentido, os depoimentos dos entrevistados estão em consonância com a orientação de Romanowski et al (2015) de que nos tratamentos psicanalíticos, os níveis de mudança e

critérios de melhora devem ser negociados, acordados, levando em consideração a realidade do paciente. Essa não é uma tarefa fácil, haja vista que, para os terapeutas, implica em abandonar posições idealizadas e onipotentes em relação a si mesmo e à própria técnica.

Considerações finais

Este estudo aponta alguns elementos que favorecem a adesão à PP a partir do relato de pacientes concluintes. Os resultados apontam para o relevante papel desempenhado pela aliança terapêutica na manutenção e no resultado do tratamento, o que já vem sendo confirmado pela literatura clínica e empírica. Reiterou-se o quanto uma relação pautada na confiança, empatia, afeto e cumplicidade possibilitou o compartilhamento de situações difíceis e dolorosas, à medida que puderam ser trabalhadas com o apoio de um profissional devidamente capacitado. Todos os entrevistados concluíram seus tratamentos com um vínculo terapêutico considerado positivo e percebendo a flexibilidade dos seus terapeutas em ajustar-se as suas possibilidades.

Nesse sentido, características e contribuições do psicoterapeuta foram identificadas como relevantes para a adesão. Os participantes destacaram os seguintes atributos: aporte teórico/técnico, autenticidade, interesse genuíno, disponibilidade, escuta empática, cordialidade, flexibilidade e afeto. Uma abordagem acolhedora e ética, que opere por meio de colocações assertivas, não diretivas e exploratórias, com o devido respeito ao tempo e à individualidade do paciente é identificada como fundamental para o êxito da PP.

Do mesmo modo, contribuições dos próprios pacientes foram identificadas como essenciais à adesão. Entre elas estão: o enfrentamento de medos e de sentimentos difíceis, a disposição para transpor a zona de conforto, a valorização do espaço, o esforço para comparecer às sessões, a organização para acerto dos honorários, o reconhecimento da

necessidade de ajuda, o reconhecimento do caráter psicológico de sua condição, o desejo de melhorar, a manutenção da motivação e da confiança no tratamento e no terapeuta, e a superação de resistências e preconceitos relacionados à terapia.

Nota-se que a percepção de mudanças ao longo do processo foi fundamental para estimular a motivação, a participação dos pacientes e a consequente manutenção do tratamento. Todos os entrevistados apontaram ganhos terapêuticos que estiveram em consonância com as expectativas iniciais delineadas. E ainda, aspectos do setting terapêutico também apresentaram relação com a permanência em terapia. Os entrevistados ressaltaram a importância de poder abordar assuntos de foro íntimo em um ambiente seguro e confiante, sem o temor de serem julgados ou estigmatizados. A disponibilidade e a flexibilidade de horários foram apontadas como pontos apreciáveis, assim como aspectos físicos, tais como: ambiente acolhedor, organizado, asséptico e em boas condições de uso.

Por fim, ressalta-se o término numa PP bem-sucedida parece envolver uma negociação entre paciente e terapeuta na qual as expectativas e metas de ambos precisam ser balanceadas, e os limites aceitos. Expectativas terapêuticas idealizadas precisam ser ajustadas à realidade do paciente. Tal acordo favorece o engajamento do paciente no processo. A vivência de um término satisfatório num tratamento com objetivos mais restritos pode favorecer a busca de nova terapia no futuro para aprofundar questões já trabalhadas ou trabalhar outros conflitos.

Em suma, os resultados do estudo indicam que a adesão à PP é multifatorial, estando relacionada com: o empenho do terapeuta e do paciente, à medida que cada um possui suas atribuições no tratamento; a aliança terapêutica, que é uma medida da relação e uma formação de compromisso em busca dos objetivos ansiados; ao processo, ao passo que mudanças vão ocorrendo e precisam ser manejadas para se evitar rupturas e interrupções indesejadas; o setting terapêutico, que oferece um contorno e formaliza o vínculo estabelecido entre a dupla.

O abandono precoce de uma psicoterapia é um fenômeno complexo e que implica em prejuízos a todos os envolvidos (pacientes, terapeutas e instituições). O presente estudo, ao examinar as experiências de pacientes que obtiveram alta da PP, forneceu indicadores que podem ser observados pelos psicoterapeutas e, assim, contribuir para minimizar o risco de abandono por parte do paciente. O estudo foi limitado a experiências de pacientes oriundos de uma única instituição de formação de psicoterapeutas, além de um número específico de participantes. Enfatiza-se a necessidade de mais estudos qualitativos que visem explorar a temática, tanto em contextos semelhantes para replicar os achados, como em outros contextos (na clínica privada, por exemplo) para examinar particularidades, além de outras abordagens psicológicas. A pesquisa de experiências bem e malsucedidas de PP é uma ferramenta para qualificar os atendimentos, mitigar os elevados índices de abandono e, sobretudo, proporcionar aos pacientes tratamentos efetivos.

Referências

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Altmann, U., Thielemann, D., Zimmermann, A., Steffanowski, A., Bruckmeier, E., Pfaffinger, I., ... & Strauß, B. (2018). Outpatient psychotherapy improves symptoms and reduces health care costs in regularly and prematurely terminated therapies. *Frontiers in psychology*, 9, 748.
- Beitman, B. D., & Yue, D. (2004). *Learning psychotherapy: A time-efficient, research-based, out-come-measured psychotherapy training program*. Nova York: Norton.
- 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.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2012). The client in psychotherapy. In: M. J. Lambert. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6a ed., pp. 219-57). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-60.

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-40. doi:10.1037/pst0000172316
- Freud, S. (1996). Inibição, sintoma e angústia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 20, pp. 81-171) Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1926[1925]).
- Freud, S. (1996). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 161-174). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). Sobre a psicoterapia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7, pp. 241-254). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento. In: J. Salomão (Org.). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 12, pp.135-58). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: Texto básico* (pp. 53-69). Porto Alegre: Artmed.
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(3), 247-54. doi:10.1590/S0047-20852010000300012
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 1*(1-2), 71-86. doi:10.1080/14779757.2002.9688279
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research, 19*(3), 253-264.
- Gomes, F.G. (2015). A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S. Schestatsky (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3a ed., pp. 238-248). Porto Alegre: Artmed.
- Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Shestatsky, S., & Ceitlin, L. H. F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(3), 265-67. doi:10.1590/S0101-81082007000300005/
- Iankilevich, E., Lima, A. F. B. S., & Szobot, C. M. (2008). Alta em psicoterapia de orientação psicodinâmica. In: A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 138-48). Porto Alegre: Artmed.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2015). Desistência e conclusão em psicoterapia psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 17*(1), 25-40.

- Keidann, C. E. & Dal Zot, J. S. (2015). Avaliação. In: C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S. Schestatsky. *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3a ed., 177-93). Porto Alegre: Artmed.
- Pontalis, J. B., & Laplanche, J. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 648-60.
- Luz, A. B. (2015). Fases da psicoterapia. In: C. L. Eizirik, R.W. Aguiar, & S. S. Schestatsky. (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos*. (3a ed., pp. 249-66). Porto Alegre: Artmed.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98.
- Romanowski, R., Escobar, J. R., Sordi, R. E., & Campos, M. S. (2015). Níveis de mudança e critérios de melhora. In: C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S. Schestatsky (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3a ed., pp. 393-400). Porto Alegre: Artmed.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98-109. doi: 10.1037/a0018378
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943-53. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010057
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547. doi:10.1037/a0028226
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193. doi:10.1037/a0037512
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista portuguesa de psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Turato, E. R. (2011). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (5a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Wallerstein, R. S. (2015). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual. In: C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S. Schestatsky (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3a ed., pp. 19-37). Porto Alegre: Artmed.

- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Westmacott, R. & Hunsley, J. (2019). Reasons for terminating psychotherapy: a general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 965-77. doi:10.1002/jclp.20702/
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190 –195. doi:10.1037/0735-7028.24.2.190
- Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (3a ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zatti, C., Neves, J., Bridi, K. P. B., Calegari, V. C., Freitas, L. H. M., & Semensato, M. (2018). O término de tratamento em psicoterapia psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(1), 49-59.
- Zimerman, D. E. (1999). O setting. In: D. E. Zimerman. *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática* (pp. 301-308). Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2008). *Bion: Da teoria à prática: Uma leitura didática* (2a ed). Porto Alegre: Artmed.

Submetido em: 08.10.2020

Aceito em: 09.08.2021