



ARTIGO ORIGINAL

Características sociodemográficas e clínicas do abandono inicial em psicoterapia psicanalítica*

Sociodemographic and clinical characteristics of the initial abandonment in psychoanalytic psychotherapy

Clarissa Machado Pessota^a

Luan Paris Feijó^b

Camila Piva Costa^c

Silvia Pereira da Cruz Benetti^d

- ^a Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica (Instituto Contemporâneo de Psicanálise e Transdisciplinaridade) e Mestra em Psicologia – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil.
- ^b Psicólogo, Especialista em Neuropsicopedagogia (Centro Universitário Leonardo da Vinci), Mestre e Doutorando em Psicologia (Universidade do Vale do Rio dos Sinos). Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil.
- ^c Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica (Instituto Contemporâneo de Psicanálise e Transdisciplinaridade) – Mestra e Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.
- ^d Psicóloga, Mestra em Educação (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Doutora em Child and Family Studies (Syracuse University) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20180012

* Artigo oriundo da dissertação de mestrado em psicologia clínica defendida em 23 de março de 2018 pela primeira autora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Resumo

As altas taxas de risco do abandono psicoterapêutico em estudos nacionais e internacionais no início do tratamento sugerem atenção profissional, porém na perspectiva psicanalítica, ainda é necessária a ampliação de estudos sobre essa temática, considerando que esse modelo teórico apresenta restrita produção acadêmica e empírica, em comparação com outras abordagens psicoterápicas. Sendo assim o objetivo deste estudo é identificar quais fatores, entre variáveis sociodemográficas e clínicas, estão associados ao abandono inicial (AI), divididos em três etapas, triagem, 1 mês e entre 1 e 2 meses, em psicoterapia psicanalítica. Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio de pesquisa documental retrospectiva, em 947 prontuários de pacientes adultos, que procuraram atendimento psicoterápico individual num Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica, localizado em Porto Alegre/RS, até o segundo mês de atendimento. Os instrumentos utilizados foram a ficha de dados sociodemográficos, o *Symptom Checklist – 90 – R* (SCL-90-R) e o *Defensive Style Questionnaire* (DSQ-40), anexados no banco de dados dessa instituição. Os resultados sugerem associações entre o AI com renda baixa na etapa de triagem e renda alta entre 1 e 2 meses, escolaridade fundamental incompleto, médio e superior incompleto na triagem, médio incompleto e ensino superior incompleto até 1 mês e entre 1 e 2 meses ensino fundamental completo e ensino superior e sintomas de ansiedade na triagem e entre 1 e 2 meses. A expectativa é que os resultados desta pesquisa ampliem o conhecimento acerca dos fatores associados ao AI em psicoterapia psicanalítica.

Palavras-chave: psicologia clínica; psicanálise; recusa do paciente ao tratamento.

Abstract

The high rates of therapeutic abandonment at the beginning of the treatment deserve professional attention, once the national and international studies show the risk of abandonment at this stage. In the psychoanalytic perspective, it is still necessary to expand studies on this topic, considering that this theoretical model evidences restricted academic and empirical production, in comparison with other psychotherapeutic approaches. The objective of this study is to identify which factors amongst sociodemographic and clinical variables are associated with initial abandonment, divided into three stages, screening, 1 month and between 1 and 2 months, in psychoanalytic psychotherapy. This is a descriptive study carried out through retrospective documentary research, in 947 medical records of adult patients, who sought individual psychotherapeutic care in a Psychoanalytic Psychotherapy Outpatient Clinic located in Porto Alegre, RS, until the second month of care. The instruments used were the sociodemographic data sheets, the Symptom Checklist – 90 – R (SCL-90-R) and the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40), attached to the institution 's database. The results suggest associations between initial abandonment with income, schooling and anxiety symptoms. It is expected that the results of this research will increase the knowledge about the factors associated with the initial abandonment in psychoanalytic psychotherapy.

Keywords: psychology clinical; psychoanalysis; dropout.

Introdução

O abandono psicoterápico é uma questão preocupante, que desperta o interesse de diversos pesquisadores¹⁻⁴. Pesquisas atuais indicam que o abandono está associado a fatores sociodemográficos, clínicos e relativos ao tratamento psicoterápico⁴⁻⁸. Já na década de 1990, explorava-se o tema do abandono psicoterápico, por meio de ensaio clínico randomizado⁹. Esse estudo canadense identificou que os pacientes que abandonavam a psicoterapia apresentavam dificuldades relativas ao estabelecimento de alianças terapêuticas e resistência ao processo terapêutico.

Ainda, nas revisões meta-analíticas, verificou-se que a prevalência de abandono dos tratamentos era de 48% dos casos clínicos¹⁰. Um outro estudo¹¹, verificou altas taxas de abandono, de 20% a 74%, o que demonstra que um em cada cinco pacientes abandona a psicoterapia antes de completar o tratamento. Para chegar a essas conclusões, foram analisados dados referentes ao abandono psicoterápico em 669 estudos, contemplando um total de 83.834 clientes¹¹. Em uma investigação mais atual⁶, a partir de 44 estudos relevantes sobre o abandono psicoterápico, as taxas de abandono identificadas ficaram próximas a 35%, o que ainda reflete a necessidade de novas contribuições empíricas sobre as variáveis envolvidas nesse processo. Destes estudos, menos da metade considerava aspectos relativos ao terapeuta, relacionamento ou fatores de processo.

Portanto, o abandono psicoterápico é um tema que desperta discussão no meio clínico e científico. Contudo, não há muitos estudos que predizem com clareza os fatores associados a esta problemática na psicoterapia psicanalítica (PP)². Ademais, é importante a ampliação de estudos que considerem esse modelo teórico devido à baixa produção acadêmica e empírica, em comparação com outras abordagens psicoterápicas, como, por exemplo, a terapia cognitiva comportamental^{2,12}. Atualmente, a necessidade de integração de constructos teóricos psicanalíticos e a pesquisa empírica vêm ganhando espaço, sendo discutidas cada vez mais no campo científico e acadêmico¹³.

A PP se dispõe a conhecer o inconsciente do paciente, ao aproximar o passado primitivo por meio das repetições transferidas para a figura do terapeuta¹⁴. Nesse sentido, é importante estabelecer um plano de tratamento para o combate ao adocimento, a partir da demanda atual do paciente¹⁵, pois, no planejamento para uma psicoterapia de orientação psicanalítica, os recursos egóicos e cognitivos do paciente devem ser considerados, assim como a sua motivação para o tratamento e os objetivos terapêuticos acordados entre a dupla¹⁶.

Portanto, o início da psicoterapia é decisivo para a permanência ou não do paciente em tratamento, sendo necessário vencer a resistência, a falta de motivação e a dificuldade em aderir à psicoterapia^{3,17,18}. Além disso, os atributos do terapeuta, como a empatia e o conhecimento técnico e pessoal, são componentes que podem ser considerados aliados na adesão do paciente à terapia¹⁹, pois há indícios de que o ensino da PP baseado no tripé (supervisão dos casos clínicos, estudos teóricos e análise pessoal do terapeuta) é importante para o fortalecimento da técnica psicoterapêutica¹⁵.

A literatura vem demonstrando os ganhos terapêuticos com pacientes que recebem a PP, pois, além de apresentarem uma melhora significativa durante o processo, eles mantêm esses ganhos, inclusive após o fim do tratamento²⁰. Porém, a decisão de abandonar a psicoterapia tem impacto negativo e pode ocorrer em momentos distintos do tratamento, seja nas fases, inicial, média ou tardia⁴. Devido à heterogeneidade conceitual, Gastaud e Nunes², sob o prisma da psicoterapia psicanalítica, propõem a possibilidade de utilização dos termos não aderência, definida pela interrupção na fase de avaliação inicial, e abandono, quando o paciente desiste do atendimento antes que os objetivos estabelecidos no contrato sejam atingidos.

Em se tratando do espaço temporal para a compreensão do abandono do tratamento, recomenda-se considerar o abandono precoce como sendo aquele que ocorre antes dos três meses de atendimento³. Contudo, se o paciente abandonar o tratamento no início, principalmente, entre o primeiro e o terceiro mês de atendimento^{3,18}, os objetivos do tratamento acabam não sendo concluídos com efetividade. Sendo assim, o estudo de Jung⁴ definiu o abandono inicial como aquele que ocorre no período anterior a dois meses, tendo em mente que, no primeiro mês, o terapeuta avalia o paciente.

As maiores taxas concentram-se nesta primeira etapa, pois apenas 20% dos pacientes consultam um psicoterapeuta mais do que três vezes, desde o início da avaliação²¹. Especificamente na abordagem psicanalítica, uma pesquisa nacional realizada com psicoterapeutas psicanalíticos apontou que, no primeiro mês de atendimento psicoterápico, ou seja, nas primeiras quatro sessões, há maior risco de interrupção do tratamento psicanalítico¹⁸.

Da mesma forma, para minimizar as altas taxas de abandono do tratamento, é necessário reconhecer os fatores sociodemográficos e clínicos, que estão associados a este fenômeno¹². As variáveis sociodemográficas, como o sexo masculino^{22,23}; pacientes mais jovens^{23,24}; menor nível de escolaridade e renda baixa^{6,8,22} estão associados ao abandono da psicoterapia.

Já os aspectos clínicos como depressão e ansiedade^{5,25,26}, aspectos regressivos²⁷ e mecanismos de defesa imaturos^{3,28} estão presentes em pacientes que abandonam o tratamento antes de os objetivos serem alcançados. Simon⁷ reconhece ser necessário monitoramento e divulgação sistemática de pacientes com depressão que interrompem a psicoterapia prematuramente, em vez de focar apenas naqueles que permanecem.

Os pacientes com sintomatologia de ansiedade requerem cuidado, tendo em vista a tendência ao abandono prematuro. Esses pacientes utilizam defesas evitativas para não se exporem ou por receio de intensificar o adoecimento frente ao processo psicoterápico⁵. Considerando que grande parte do abandono ocorre no início da psicoterapia, o objetivo desta pesquisa documental retrospectiva é caracterizar as variáveis sociodemográficas e clínicas que se associam ao abandono inicial(AI) de pacientes em psicoterapia psicanalítica.

Método

Amostra

Como amostra desta pesquisa, foi selecionado o total de 1272 prontuários de pacientes adultos, atendidos entre julho de 2010 e julho de 2016. Posteriormente, foram excluídos os prontuários de pacientes que não haviam respondido corretamente os instrumentos entregues na triagem. Assim, o estudo relativo aoAI centrou-se nos dados levantados de um total de 947 prontuários.

Para uma descrição mais detalhada para este artigo, esse período inicial foi dividido em três etapas: triagem (apenas 1 sessão); até 1 mês e entre 1 e 2 meses. Como resultado dessa classificação obtivemos: o número de participantes na triagem, 664; até um mês, 121; de 1 mês a 2 meses, 162, totalizando 947 prontuários.

A maioria dos participantes da triagem são do sexo feminino (66,5%), com idade entre 26 a 35 anos (48,6%); com formação em nível de Ensino Superior incompleto (37,3%); com renda de dois a três salários mínimos (46%). Os que abandonaram o tratamento no primeiro mês são, na maioria, do sexo feminino (62,8%), idade entre 26 e 35 anos (50,4%), formação em nível de Ensino Superior completo (40,5%) e renda de dois a três salários mínimos (40,7%). Quanto aos participantes que abandonaram o tratamento entre 1 e 2 meses, a maioria é do sexo feminino (64,8%), idade entre 26 e 35 anos (48,8%), formação em nível de Ensino Superior incompleto (37,7%) e renda de quatro a seis salários mínimos (37,4%).

Instrumentos

Os instrumentos a seguir constam nos prontuários arquivados no banco de dados da instituição pesquisada. As variáveis de interesse para este estudo estão divididas em sociodemográficas e clínicas.

(a) *Ficha de contato inicial*: Elaborada pela instituição para registrar características sociodemográficas dos pacientes. O documento é preenchido pelo paciente quando este chega ao ambulatório. Para este estudo, foram escolhidas as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, contidas nesse instrumento.

(b) *Symptom Checklist – 90 – R (SCL-90-R)*: Criado por Derogatis²⁹, é uma escala de autoavaliação com 90 itens de sintomas, que refletem o padrão psicológico de quem é avaliado. O instrumento avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas. Para fins deste estudo, foram analisadas apenas três dimensões: Depressão (D), Ansiedade (An) Ansiedade Fóbica (AF), numa escala de frequência de 5 pontos, graduada de 0 a 4 (0 = nenhum a 4 = extremamente muito), pois são os mais presentes em pacientes que abandonam inicialmente o tratamento^{4,5,26}.

O instrumento também avalia três índices globais de distúrbios: Índice Global de Severidade (IGS) – em relação aos sintomas, Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) e o total de Sintomas Positivos (TSP), sendo avaliado apenas o primeiro para identificar qual o limiar de severidade sintomática em cada etapa. Ainda, o instrumento, que foi traduzido para 24 idiomas e adaptado por Lanoni³⁰ para a população brasileira, apresentou

boa consistência interna ($\alpha = 0,73$ 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 risco²⁹.

(c) *DefensiveStyleQuestionnaire* (DSQ-40): elaborado por Bond, Gardner, Christian e Sigal³¹ com 67 itens. É um instrumento autoaplicável composto por 40 itens, que avalia 20 defesas com duas questões para cada, respondidas numa escala de frequência de 1 a 9 (1 = discordo totalmente e 9 = concordo plenamente). Visa identificar os derivados conscientes dos mecanismos de defesa e se eles se organizam de forma madura, imatura ou neurótica. Foi traduzido para a realidade brasileira³² e obteve boa consistência interna, sendo ($\alpha = 0,55$), para as defesas maduras; ($\alpha = 0,52$), para defesas neuróticas; e ($\alpha = 0,77$), para defesas imaturas. Neste estudo, os alfas encontrados foram para defesas maduras ($\alpha = 0,51$); para defesas neuróticas ($\alpha = 0,48$); e defesas imaturas ($\alpha = 0,72$).

Procedimentos de coleta dos dados

A pesquisa foi realizada num Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica**, localizado em Porto Alegre/RS. A primeira autora fez sua especialização na instituição, onde trabalhou por 8 anos como supervisora de estágios, vínculo que oportunizou o estudo.

Foram incluídos para as análises estatísticas: (a) os prontuários de pacientes com idade entre 18 e 40 anos, que procuraram atendimento psicoterápico individual entre julho de 2010 e julho de 2016; (b) pacientes que abandonaram a psicoterapia até 2 meses de atendimento. A definição de abandono inicial foi considerada aquela em que ocorre no período anterior a dois meses, tendo em mente que, no primeiro mês, o terapeuta realiza a avaliação do paciente⁴.

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e analítico, realizado através de pesquisa documental. Sendo uma pesquisa que investiga prontuários clínicos, ela atende à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde, que estipula as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos³³. Foi aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição que forneceu os prontuários 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 foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22 para Windows. Para critérios de decisão estatística, adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$. Os dados foram tratados e analisados por meio da estatística descritiva.

** A instituição adere à abordagem da psicoterapia psicanalítica em seu processo, com sessões já avaliadas pelo Instrumento de Avaliação de Sessões Psicanalíticas (IASP)³⁸, utilizado para captar a aderência das sessões à técnica psicanalítica.

Dessa forma, todas as análises descritivas foram realizadas por meio de tabulação cruzada, sendo os grupos colocados como variáveis dessas análises. A apresentação dos resultados foi feita por estatística descritiva – distribuição absoluta e relativa (n – %), bem como, pela média, mediana e desvio padrão. Já o estudo da distribuição de dados das variáveis contínuas, pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para a análise bivariada entre as variáveis independentes e as três etapas, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e o Teste Exato de Fisher. Na análise das variáveis contínuas, foi implementado o teste de análise de variância (*Oneway*) e *Post Hoc- Hurkey*³⁴.

A variável dependente – abandono inicial – foi avaliada pelas variáveis definidas como explicativas ou independentes: dados sociodemográficos e clínicos. Através do instrumento SCL-90, foram selecionados os sintomas: Depressão, Ansiedade e Ansiedade Fóbica, por serem os mais presentes em pacientes que abandonam o tratamento logo no início^{5,25,26}. As interpretações quanto à gravidade dos sintomas foram agrupadas por categorias afins, sendo reorganizadas da seguinte forma: 1) nenhuma/pouca severidade; 2) severidade moderada; 3) bastante/muito severo.

Resultados

Foram analisados 947 prontuários, com enfoque principal no AI, descritos e avaliados em três etapas independentes: triagem 70,1% (n=664); até 1 mês 12,8% (n=121); e entre 1 e 2 meses 17,1% (n=162). Em relação ao gênero, 324 (34,3%) eram pacientes do sexo masculino; e 661 (65,7%), do sexo feminino. A média de idade da amostra foi de 28,4 anos (DP = 5,95). Em relação à escolaridade, 64,41% (n=607) dos pacientes tinham Ensino Superior incompleto. Em relação à renda, 42,9% (n=379) apresentavam a renda de 2 a 3 salários mínimos (vigentes na época).

A Tabela 1 apresenta os resultados da associação do abandono inicial com as características sociodemográficas. Quanto ao período de *triagem*, as variáveis escolaridade dos níveis fundamental incompleto (1,8%), médio (33,8%) e superior incompleto (37,3%) e renda de 2 a 3 salários mínimos (46%) associaram-se ao abandono inicial.

No período de atendimento de até um *mês*, a associação da variável escolaridade com abandono inicial, nos níveis Ensino Médio incompleto (6,6%) e Superior completo (40,5%). No período de atendimento entre 1 e 2 meses, houve associação entre a variável escolaridade nos níveis Ensino Fundamental completo (3,1%) e Ensino Superior (72,3%) e a variável renda, considerando a faixa acima de 4 a 6 salários (37,4%) e acima de 7 salários (18,4%).

Tabela 1. Características Sociodemográficas do Abandono Inicial em Psicoterapia Psicanalítica

		Abandono Inicial						Total	p	X ²
		Triagem (n)	%	Até 1 mês (n)	%	Entre 1 e 2 meses (n)	%			
Sexo ^A	Masculino	222	33,5	45	37,2	57	35,2	324	0,718 ^B	0,677
	Feminino	440	66,5	76	62,8	105	64,8	661		
		662		121		162		945		
Idade ^A	De 18 a 25 anos	242	36,4	40	33,1	56	34,6	338	0,937 ^B	0,836
	De 26 a 35 anos	323	48,6	61	50,4	79	48,8	463		
	Acima de 36 anos	99	14,9	20	16,5	27	16,7	146		
		664		121		162		947		
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	12*	1,8	1	0,8	1	0,6	14	0,015 ^C	21,492
	Ensino Fundamental Completo	15	2,3	2	1,7	5*	3,1	22		
	Ensino Médio Incompleto	37*	5,6	8*	6,6	5	3,1	50		
	Ensino Médio Completo e Técnico	186*	28,2	30	24,8	34	21,0	250		
	Ensino Superior Incompleto	246*	37,3	31	25,6	61*	37,7	338		
	Ensino Superior Completo	164	24,8	49*	40,5	56*	34,6	269		
		660		121		162		943		
Renda ^A	Até 1 salário mínimo	89	14,4	15	12,7	18	12,2	122	0,030^B	14,072
	De 2 a 3 salários mínimos	284*	46,0	48	40,7	47	32,0	379		
	De 4 a 6 salários mínimos	158	25,6	34	28,8	55*	37,4	247		
	Mais de 7 salários mínimos	87	14,1	21	17,8	27*	18,4	135		
								883		

^A: DA – Dados ausentes – Sexo [2(0,2%);Escolaridade [4(0,4%); Renda [64 (6,7%)];

^B: Qui Quadrado de Pearson

^C: Teste Exato de Fisher

*: $p < 0,05$

As características clínicas foram analisadas enfocando duas dimensões: a sintomatologia (Tabela 2) e os mecanismos de defesa (Tabela 3). A associação entre a triagem e o abandono entre 1 e 2 meses, na dimensão sintomatologia, apresentou o sintoma da ansiedade.

Na triagem, o grau de severidade dos sintomas foi bastante/muito (15,5%), demonstrando que esse fator pode comprometer a manutenção do tratamento pós-entrevista de avaliação. Em relação ao abandono entre

1 e 2 meses, o grau de severidade foi moderado (34%). No que se refere à dimensão mecanismos defensivos, conforme Tabela 3, não foram identificadas associações com o abandono inicial.

Tabela 2. Características Clínicas (Sintomas) do Abandono Inicial em Psicoterapia Psicanalítica

Sintomas	Graus de Severidade	Abandono Inicial						Total	p
		Triagem (n)	%	Até 1 mês (n)	%	Entre 1 e 2 meses (n)	%		
Depressão ^A	nenhum/pouco	231	35,2	45	37,5	53	32,7	339	0,34 ^B
	moderado	225	34,2	35	29,2	47	29,0	307	
	bastante/muito	201	30,6	40	33,3	62	38,3	303	
		657		120		162		939	
Ansiedade ^A	nenhum/pouco	400	60,9	79	65,8	92	56,8	571	0,025^B
	moderado	155	23,6	28	23,3	55*	34,0	238	
	bastante/muito	102*	15,5	13	10,8	15	9,3	130	
		657		120		162		939	
Ansiedade Fóbica ^A	nenhum/pouco	533	81,1	103	85,8	139	85,8	775	0,534 ^B
	moderado	68	10,4	10	8,3	12	7,4	90	
	bastante/muito	56	8,5	7	5,8	11	6,8	74	
		657		120		162		939	

^A: DA – Dados Ausentes: Depressão [8 (0,8%)]; Ansiedade [8 (0,8%)]; Ansiedade fóbica [8 (0,8%)]; ^B: Qui-Quadrado de Pearson; *: p < 0,05

Tabela 3. Características clínicas (Mecanismos de Defesa) do Abandono Inicial em Psicoterapia Psicanalítica

		(n)	Média	DP	p
Defesas Maduras	Triagem	610	4,60	1,32	0,406
	Até 1 mês	117	4,76	1,28	
	Entre 1 e 2 meses	147	4,55	1,18	
	Total	874	4,61	1,29	
Defesas Neuróticas	Triagem	610	4,32	1,29	0,519
	Até 1 mês	117	4,31	1,19	
	Entre 1 e 2 meses	147	4,45	1,17	
	Total	874	4,34	1,26	
Defesas Imaturas	Triagem	610	8,34	2,08	0,234
	Até 1 mês	117	7,98	2,03	
	Entre 1 e 2 meses	147	8,22	2,08	
	Total	874	8,27	2,07	

Discussão

O estudo de meta-análise de Swift e Greenberg¹¹ sobre abandono inicial aponta uma prevalência de abandono em psicoterapia de 20% a 74%. No presente estudo, a taxa de abandono inicial, considerando o banco

de dados de 2010 a 2016 foi de 58,5%: 41% dos pacientes abandonaram o tratamento na triagem; 7,5% até o primeiro mês; e 10% entre 1 e 2 meses, o que corrobora com a relevância do entendimento deste fenômeno.

Nesta pesquisa objetivou-se avaliar os fatores sociodemográficos e clínicos relativos ao abandono inicial na psicoterapia psicanalítica. Os resultados apontam que, no período de triagem, a escolaridade, a renda e a ansiedade associaram-se ao abandono inicial. Já em relação ao período até 1 mês, a associação ao AI ocorreu em relação à escolaridade. No período de atendimento entre 1 e 2 meses, as variáveis escolaridade, renda e ansiedade foram associados ao constructo deste estudo.

Quanto à variável escolaridade, a literatura aponta que indivíduos com baixa escolaridade abandonam mais facilmente a psicoterapia^{6,22}. Neste estudo, observou-se que esta variável está associada a vários níveis de escolaridade. Assim, na triagem, os pacientes que a abandonam são, na grande maioria, indivíduos com baixo nível de escolaridade. Já entre 1 e 2 meses, a associação com a escolaridade aumenta para o Ensino Superior.

Ross e Werbart⁶mencionam que a maioria dos estudos não aponta com clareza o número de sessões consideradas para o abandono psicoterápico, o que pode influenciar uma informação precisa sobre o que se considera como período avaliativo, aderência e abandono. Portanto, os achados deste estudo apontam para uma transição, o que pode indicar que o abandono está associado a indivíduos com baixa escolaridade, no período avaliativo (triagem). Esse resultado sugere um aspecto importante a ser investigado nessas entrevistas, pois a instituição treina seus triadores a conduzirem o *rapport* inicial de forma analítica e, neste momento, por meio da escuta analítica acurada, poderiam ser identificados além de possíveis indicativos de resistência ao tratamento, o que poderia auxiliar na minimização desta interferência resistencial, assim como informar aspectos gerais de como funciona uma psicoterapia, usando uma comunicação simples e de fácil compreensão.

Em relação à renda, ainda que tenha havido uma associação do abandono inicial com a renda baixa (2 a 3 salários mínimos) no período de triagem, tal como referido na literatura, o que acena para a associação do abandono com o baixo poder aquisitivo^{6,8}, houve associações significativas com rendimentos acima de 4 salários mínimos, o que contraria a literatura atual. Algumas implicações acerca deste resultado podem estar relacionadas ao desconforto por estarem em tratamento numa instituição, tendo condições financeiras para subsidiar o atendimento em consultórios privados levando-os a desistência do tratamento.

Observando os períodos examinados nesta pesquisa, o índice de abandono associa-se à renda e à escolaridade por razões opostas. Considerando que fatores pessoais e laborais podem estar relacionados a este fenômeno, tais como oportunidades de crescimento profissional, que podem ocasionar mudanças de emprego e de cidade, as pessoas de alto poder aquisitivo e nível de escolaridade podem optar por outras oportunidades, já as de baixo poder aquisitivo e nível de escolaridade podem não conseguir investir na psicoterapia por fatores financeiros e escolares.

Os aspectos clínicos dos pacientes quanto às características sintomatológicas evidenciam uma associação entre o abandono inicial do tratamento e a severidade da sintomatologia relacionada à ansiedade, já que os

pacientes que desistiram na triagem apresentam (bastante/muito) sintomas de ansiedade. Já entre os pacientes que abandonam o tratamento entre 1 e 2 meses, 34% apresentam sintomas de ansiedade (moderada); e 9,3% apresentavam (bastante/muito) sintomas de ansiedade. Esse resultado merece atenção, destacando-se a importância da avaliação inicial de pacientes que apresentam indicadores de ansiedade, encontrando associação entre a severidade dos sintomas e o abandono do tratamento com estudos anteriores²⁶.

Em concordância com este estudo, uma pesquisa chilena centrou-se especificamente na aderência de pacientes com transtornos de ansiedade. Após as análises das variáveis sociodemográficas e sintomatológicas, observou-se que pacientes com níveis mais altos de ansiedade não encontravam o alívio esperado e temiam que a psicoterapia intensificasse o sintoma, o que levava ao abandono psicoterápico⁵. Nesse sentido, os autores sugerem que o psicoterapeuta deve criar um ambiente acolhedor e facilitador, combinado com uma avaliação psiquiátrica que foque melhor e dê uma direção ao manejo, tendo em vista a tolerância para um alívio sintomático.

Geralmente, o sintoma da ansiedade vincula-se a situações de estresse, devendo-se avaliar se é adaptativo, ou seja, uma defesa positiva diante de problemas da vida cotidiana ou se é constante, tendo um caráter patológico, que gera sofrimento ao indivíduo³⁵. O sucesso da psicoterapia psicanalítica vai além da remissão de sintomas, já que esta abordagem promove o desenvolvimento de capacidades dentro das relações afetivas, o desenvolvimento de talentos e de recursos, a busca de compreensão do eu e do outro, com maior flexibilidade e liberdade²⁰.

Dessa forma, para o autor²⁰, esse processo inclui a autodescoberta num contexto seguro e autêntico, entre terapeuta e paciente. E é nas entrevistas iniciais que acontece essa autodescoberta da dupla. O treinamento clínico, a atenção com o auxílio da técnica psicanalítica para a elaboração de novas avaliações iniciais utilizando pesquisas atuais podem colaborar na acolhida ao paciente, de modo especial, àquele com sintomas de ansiedade.

Além da sintomatologia do paciente, outro fator importante são as características do funcionamento psíquico, que podem colaborar para que o paciente abandone o atendimento, principalmente, em casos em que ele apresenta aspectos regressivos de personalidade²⁷. Apesar de os aspectos clínicos dos pacientes quanto às características sintomatológicas (mecanismos de defesa) do presente estudo não terem apontado diferenças entre os níveis de mecanismos defensivos e abandono, entre a triagem em um mês e em um e dois meses, observou-se um dado importante em relação ao uso frequente de mecanismos imaturos, que prevaleceram na amostra. Cabe compreender que os mecanismos de defesa são importantes na prática clínica, pois são processos psicológicos inconscientes, que demonstram a forma como o indivíduo lida com situações estressantes, além de prevenir a ansiedade frente a essas problemáticas³⁶.

Dessa forma, houve congruência com o estudo³, que destacou o menor nível de insight por parte dos pacientes e a presença de defesas imaturas, como a projeção e a negação, nos pacientes abandonantes.

Conhecer quais defesas são patológicas, bem como, o efeito da psicoterapia sobre elas é essencial para compreender o processo psicoterápico³⁷ e intervir na interrupção do tratamento.

Na prática, mudanças nas entrevistas iniciais e critérios de adesão ao processo psicoterápico poderiam auxiliar o paciente a não abandonar o tratamento. Como sugestão, os psicoterapeutas poderiam usar mais os dados empíricos e teóricos para auxiliar nas entrevistas iniciais, além de estabelecerem critérios de indicação e de contraindicação mais precisos. Sabe-se que esta decisão ajuda o terapeuta na melhor condução do tratamento para cada tipo de paciente, como salienta a pesquisa brasileira naturalística longitudinal¹⁵.

Assim, utilizando a escuta diferenciada e atentos à flexibilidade e à história pessoal de cada um, os psicoterapeutas podem recorrer à criação de novos instrumentos mais focados nas resistências que são inerentes ao tratamento. Contudo, a contribuição de pesquisas atuais sobre os fatores que são associados ao abandono inicial pode auxiliar na prevenção de possíveis entraves no percurso das entrevistas iniciais e do tratamento.

Conclusão

Esse estudo evidencia um perfil de risco potencial para o abandono psicoterápico inicial, composto por variáveis sociodemográficas e clínicas em diferentes momentos do tratamento inicial, que são neste estudo, triagem, até um mês de atendimento e por fim, de um até dois meses de sessões psicoterápicas. Cabe considerar que no presente artigo não houve associação estatisticamente significativa entre mecanismos de defesa e abandono inicial, possibilitando novas pesquisas nesta temática. Assim, o artigo colabora para que pesquisadores e psicólogos clínicos estejam atentos a características prévias que podem ser restritivas para a manutenção de um tratamento de orientação psicanalítica.

Quanto às limitações, pode-se citar o desenho transversal, que impossibilita a relação de causalidade, o banco de dados com informações já coletadas, não permitindo a inclusão de novas variáveis e análise mais ampliada das dimensões e sintomas instrumento SCL- 90-R. Em relação às forças deste estudo, pode-se abordar quanto ao número elevado de prontuários de pacientes, 947 adultos analisados, uma amostra suficiente para sustentar os resultados obtidos e as divisões em categorias que diferenciam claramente o período avaliativo (triagem) das demais sessões iniciais.

Como sugestão, indicam-se novos estudos com padronização e categorização do número de sessões, a fim de permitir uma análise mais apurada da etapa. Ainda, sugere-se pesquisas que consigam avaliar associação significativa entre mecanismos de defesa e abandono inicial do tratamento.

Referências

1. Benetti SPC, Cunha TRS. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2008;60(2):48–59. Available at: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200007

2. Gastaud MB, Nunes MLT. Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: Em busca de definição [Internet]. Vol. 59, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. p. 247–54. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300012&lng=pt&tlng=pt
3. Hauck S, Kruehl L, Sordi A, Sbardellotto G, Cervieri A, Moschetti L, et al. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [Internet]. dezembro de 2007;29(3):265–7. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300005&lng=pt&tlng=pt
4. Jung SI, Serralta FB, Lucia M, Nunes T, Eizirik CL. Different moments in the dropout of psychoanalytic psychotherapy. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2014;63(2):133–41. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200133&lng=pt&tlng=pt
5. Krebs M, María González L, Rivera A, Herrera Francisca Melis P. Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad. *PSYKHE* [Internet]. 2012;21(2):133–47. Available at: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282012000200011
6. Roos J, Werbart A. Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychother Res* [Internet]. julho de 2013;23(4):394–418. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23461273>
7. Simon GE, Imel ZE, Ludman EJ, Steinfeld BJ. Is Dropout After a First Psychotherapy Visit Always a Bad Outcome? *Psychiatr Serv* [Internet]. julho de 2012;63(7):705–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22752034>
8. Guerrero Gómez R. La predicción del abandono terapéutico a través de variables de construcción de significado: un estudio con clientes de la práctica privada [Internet]. Universidad de Sevilla; 2016 [citado 28 de março de 2018]. Available at: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/36386>
9. Piper WE, Joyce AS, Rosie JS, Ogradniczuk JS, McCallum M, O’Kelly JG, et al. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy* [Internet]. 1999;36(2):114–22. Available at: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0087787>
10. Wierzbicki M, Pekarik G. A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Prof Psychol Res Pract* [Internet]. 1993;24(2):190–5. Available at: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0735-7028.24.2.190>
11. Swift JK, Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2012;80(4):547–59. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22506792>
12. Pureza J da R, Oliveira M, Andretta I. Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicol Argumento* [Internet]. 2013;31(74). Available at: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=12246&dd99=view&dd98=pb>
13. Campezzatto P von M, Nunes MLT, Silva M da R. Pesquisa em psicoterapia e psicanálise. *Aletheia* [Internet]. 2014;(43–44):213–26. Available at: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1413-03942014000100016
14. Mabilde LC. Conceitos Psicanalíticos Freudianos Fundamentais. In: Eizirik CL, Aguiar R, Schestatsky SS, organizadores. *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos*. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 74–85.

15. Gastaud MB, Padoan CS, Eizirik CL. Initial improvement in adult psychodynamic psychotherapy. *ab* [Internet]. maio de 2014;30(2):243–62. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/bjp.12080>
16. Iankilerich E. Planejamento em psicoterapia psicanalítica. In: Eizirik CL, Shestatsky S, Aguiar R, organizadores. *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos*. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 202–20.
17. Ceitlin LHF, Cordioli AV. O início da psicoterapia. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 125–37.
18. Urtiaga ME, De Almeida G, Vianna MED, Dos Santos MV, Botelho S. Fatores preditivos de abandono em psicoterapias. Um estudo na clínica Sérgio Abuchaim. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 1997;46(5):279–83. Available at: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=198112&indexSearch=ID>
19. Souza MM, Teixeira RP. O que é ser um “bom” psicoterapeuta? *Aletheia* [Internet]. 2004;20(20):45–54. Available at: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942004000200006
20. Shedler J. The efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. In: Levy A, Ablon J, H. Kachele, organizadores. *Psychodynamic Psychotherapy research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York: Humana Press; 2012. p. 9–26.
21. Barrett MS, Chua W, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Casiano D, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy (Chic)* [Internet]. 2009;46(2):248. Available at: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0016184>
22. Zimmermann D, Rubel J, Page AC, Lutz W. Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. março de 2017;24(2):312–21. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.2022>
23. Werbart A, Andersson H, Sandell R. Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychother Res* [Internet]. novembro de 2014;24(6):724–37. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24524334>
24. Swift JK, Greenberg RP. A Treatment by disorder meta-analysis of dropout from Psychotherapy. *J Psychother Integr* [Internet]. 2014;24(3):193–207. Available at: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/int-inta0037512.pdf>
25. Jung SI, Serralta FB. Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2013;35(3):181–90. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000300005&lng=en&lng=en
26. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. junho de 2004;109(6):426–33. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117287>
27. Bittencourt AA, Mattos MCV de, Bessil FR, Serralta FB, Benetti SP da C. Integrando método clínico e investigação empírica para a compreensão do abandono em psicoterapia psicanalítica. *Aletheia* [Internet]. 2014;(43/44):147–59. Available at: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100011

28. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2006;28(3):179–83. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063216>
29. Derogatis LR. *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R : Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis: NCS Pearson; 1994.
30. Lanoni DT. Escala de avaliação de sintomas-90-R-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade [Internet]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2001. Available at: <http://tede.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/389>
31. Bond M, Gardner S, Christan J, Sigal J. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(3):333–8.
32. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. Defense Style Questionnaire. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(4):255–8.
33. Ministério da Saúde. Resolução Nº 510, de 07 de Abril de 2016. [Internet]. Normas para pesquisas científicas humanas e sociais., 510 de 2016 2016 p. 1–10. Available at: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>
34. Callegari-jacques S. *Bioestatística – Princípios e Aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003. 264 p.
35. Picon P, Haagstram L, Nardi A. Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico. In: Neto AC, Gauer G, organizadores. *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. p. 367–83.
36. Waqas A, Rehman A, Malik A, Muhammad U, Khan S, Mahmood N. Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. *Cureus* [Internet]. setembro de 2015;7(9):e337. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26543695>
37. Cramer P. Understanding Defense Mechanisms. *Psychodyn Psychiatry* [Internet]. dezembro de 2015;43(4):523–52. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26583439>
38. Almeida EA de. Criação e aplicação de instrumento para verificação de aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. Available at: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30927/000780640.pdf?sequence=1>

Colaborações: Clarissa Machado Pessota – Análise estatística, Coleta de Dados, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição;

Luan Paris Feijó – Análise estatística, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Visualização;

Camila Piva Costa – Gerenciamento do Projeto, Supervisão, Validação, Visualização;

Silvia Pereira da Cruz Benetti – Análise estatística, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Visualização.

Correspondência

Clarissa Machado Pessota

Rua Dona Laura, 228, Sala 603, Bairro Moinhos de Vento

90430-090 Porto Alegre, RS, Brasil

e-mail 1: pessotaclarissa@gmail.com

e-mail 2: lparisf@gmail.com

e-mail 3: spcbenetti@gmail.com

Submetido em: 01/04/2018

Aceito em: 31/07/2018