

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA-PSIQUIATRIA



"A RELAÇÃO PACIENTE-TERAPEUTA E OS  
RESULTADOS EM PSICOTERAPIA BREVE"

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADOR: PROF. DAVID ZIMMERMANN

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 1984

À

DULCE, LEANDRO, GIOVANI E EMANUEL

## AGRADECIMENTOS

. Aos meus amigos:

- Prof. David Zimmermann, mestre na ciência e na arte da Psicoterapia, orientador incansável do presente trabalho, a quem muito devo em minha formação pessoal e profissional;
- Profs. Juracy C. Marques e Edgar M. Wagner, mestres que muito contribuíram com suas valiosas sugestões;
- Odon F.C.C. Monteiro e Rogério W. Aguiar, colegas que participaram na avaliação de casos, pelas horas de trabalho compartilhadas;
- Cláudio L. Eizirik, colega e companheiro, pela leitura atenta e pelos comentários críticos tão oportunos.

. Aos acadêmicos Sergio Roithman e Paulo Veríssimo, pelo cuidado e dedicação com que prestaram sua colaboração.

. Aos pacientes, que tão prontamente concordaram em prestar seus depoimentos, possibilitando desta forma a presente pesquisa.

## S U M Á R I O

RESUMO .....	1X
ABSTRACT .....	X1
1. O PROBLEMA .....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	9
2.1 - MARCOS REFERENCIAIS TEÓRICOS .....	9
2.1.1 - Contribuições de FREUD: a transferência e o vínculo com o terapeuta como condição necessária ao tratamento psicanalítico .....	9
2.1.2 - A Aliança Terapêutica: BIBRING, ZETZEL, GREENSON, LANGS .....	12
2.1.3 - A Relação Real: Anna FREUD, WINNICOTT, KERNBERG, GREENSON .....	13
2.1.4 - ROGERS e FRANK: a relação paciente-tera- peuta como condição necessária e sufi- ciente para modificações .....	14
2.1.5 - Aspectos do Terapeuta: a contratransfe- rência .....	15
2.2 - CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....	16
2.2.1 - A Relação Paciente-Terapeuta e os Resul- tados.....	16
2.2.2 - Terapeutas Experientes e Inexperientes, Fatores Específicos e Inespecíficos.....	19
2.2.3 - Pesquisas Baseadas no Conceito de Aliança Terapêutica .....	21
2.3 - RESUMO .....	22

3. METODOLOGIA .....	24
3.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	24
3.2 - DEFINIÇÃO DE PSICOTERAPIA BREVE DINÂMICA ..	26
3.3 - COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS .....	27
3.3.1 - Coleta dos Dados do Prontuário .....	27
3.3.2 - Entrevistas com os Pacientes .....	28
3.4 - ESTUDO QUALITATIVO DOS DADOS .....	29
3.5 - ESTUDO QUANTITATIVO DOS DADOS .....	30
3.5.1 - Critérios para Construção das Escalas...	30
3.5.2 - Instrumentos Utilizados .....	33
3.5.3 - Aplicação das Escalas .....	34
3.6 - ANÁLISE DOS DADOS .....	35
3.7 - LIMITAÇÕES DO PRESENTE TRABALHO .....	36
4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, DISCUSSÃO...	39
4.1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS .....	39
4.1.1 - Pacientes com Resultados Substanciais ..	40
4.1.2 - Pacientes com Resultados Parciais .....	43
4.1.3 - Pacientes que Não se Beneficiaram .....	46
4.2 - A QUALIDADE DA RELAÇÃO PACIENTE-TERAPEUTA..	49
4.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS .....	50
4.3.1 - Resultados Obtidos em Psicoterapia e a Qualidade da Relação Paciente-Terapeuta.	50
4.3.2 - Sexo do Terapeuta e Sexo do Paciente ...	52
4.3.3 - Resultados e Número de Sessões de Psicoterapia .....	54
4.3.4 - Resultados e Idade dos Pacientes .....	55

4.4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	55
4.4.1 - A Relação Paciente-Terapeuta e os Resultados .....	57
4.4.2 - Sexo do Paciente, Sexo do Terapeuta e os Resultados .....	61
4.4.3 - Número de Sessões e os Resultados .....	64
5. CONCLUSÕES .....	66
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
- ANEXO 1	
Dados dos Pacientes .....	75
- ANEXO 2	
Pacientes com Modificações Substanciais .....	77
- ANEXO 3	
Pacientes com Modificações Parciais .....	80
- ANEXO 4	
Pacientes com Modificações Mínimas ou Nulas .....	83
- ANEXO 5	
Roteiro para Coleta dos Dados do Prontuário .....	86
- ANEXO 6	
Roteiro das Discussões Clínicas dos Casos .....	88
- ANEXO 7	
Pontuação dos Avaliadores: resultados e qualida- de da relação paciente-terapeuta .....	90

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Distribuição dos pacientes em função dos resultados, número de sessões e duração das psicoterapias ..... 40
- Tabela 2. Distribuição dos pacientes em função das pontuações obtidas na qualidade da relação paciente-terapeuta ..... 49
- Tabela 3. Distribuição dos pacientes em função dos resultados obtidos em psicoterapia e da qualidade da relação do paciente-terapeuta ..... 51
- Tabela 4. Tipo de par, paciente-terapeuta, quanto ao sexo e resultados ..... 53

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1. Pontuações individuais obtidas pelos pacientes em função dos resultados e qualidade da relação paciente-terapeuta ..... 52
- Gráfico 2. Resultados obtidos em psicoterapia em percentuais, em função do tipo de par, paciente-terapeuta, quanto aos sexos ..... 54



## R E S U M O

Foram estudados 24 pacientes que realizaram Psicoterapia Breve Dinâmica, no ano de 1980, no ambulatório do Centro Psiquiátrico Melanie Klein, com os alunos do 2º ano do Curso de Especialização em Psiquiatria.

Procurou-se observar: a) quais foram os resultados obtidos por estes pacientes em psicoterapia; b) qual foi a qualidade da relação paciente-terapeuta; c) se houve ou não uma correlação entre os resultados e a qualidade da relação terapêutica; d) e em que grau contribuíram pacientes e terapeutas para as dificuldades encontradas.

Verificou-se que, aproximadamente, 1/3 dos pacientes (29,2%), obtiveram resultados "importantes ou substanciais", com a terapia; 1/3 (33,3%), resultados "parciais", e os demais (37,5%), resultados "mínimos ou nulos".

A relação paciente-terapeuta foi considerada "muito boa" em 33,3% dos casos; "boa, em parte" em 25,0% e com "dificuldades importantes" em 41,7% da amostra. Foi encontrada uma correlação direta e altamente significativa entre os resultados obtidos e as seguintes variáveis: a) qualidade da relação paciente-terapeuta; b) idade dos pacientes; c) e número de sessões realizadas. Observou-se, ainda, que os pacientes tiveram uma evolução significativamente mais favorável e com menos problemas, quando os terapeutas eram do sexo oposto. E, inversamente, as dificuldades foram maiores e o

aproveitamento menor quando ambos eram do mesmo sexo.

Em 16,7% dos casos, as dificuldades encontradas na relação paciente-terapeuta ocorreram por problemas dos pacientes. Mas em 41,7% dos casos, foram encontradas evidências de que ocorreram dificuldades na relação, também por parte dos terapeutas.

## ABSTRACT

Twenty four patients who did short-term dynamic psychotherapy in 1980 as out-patients at the Psychiatric Center Melanie Klein were studied by the 2nd year students of the specialization course in psychiatry.

The aims of this observation were: a) to evaluate the results obtained by these patients in psychotherapy; b) the quality of the patient-therapist relation; c) if there was a correlation between the results and the quality of therapeutic relationship; d) and up to which extent patients and therapists contributed to the appearing difficulties.

It was found that approximately 1/3 of the patients (29,2%) showed important or substantial results after therapy, 1/3 (33,3%) showed partial results and the rest (37,5%) obtained minimum or no results at all.

The relationship between patient and therapist was considered "very good" in 33,3% of the cases; "good" in 25,0% and 41,7% stated important difficulties in this sampling. Between the obtained results and the following variables a direct and highly significative correlation was found: a) quality of the patient-therapist relation; b) the patient's age; c) the number of the sessions. It was also observed that the patients had a far better evolution and presented fewer problems when the therapists were of opposite sex. And on the the contrary, the difficulties grew and the results

were less favourable, when both were of the same sex.

In 16,7% of the cases the difficulties which appeared in the patient-therapist relationship were based on problems of the patients. But in 41,7% of the cases it became evident that difficulties in the therapeutic relationship occurred also because of the therapists.

## 1. O PROBLEMA

Muito se tem discutido, nestas últimas décadas, a questão do grau de eficácia das psicoterapias especialmente no tratamento de transtornos emocionais de nível neurótico. Quais são seus resultados; de que fatores dependem; como se dá sua ação sobre os pacientes; porque alguns são facilmente atingidos enquanto que outros são absolutamente refratários, são questões que apesar dos grandes avanços da pesquisa neste campo, continuam sendo frequentemente levantadas ainda, na prática psicoterápica.

Para compreender a questão de como se dá a ação das psicoterapias, os diversos autores valorizam duas grandes categorias de fatores: as técnicas utilizadas, específicas de cada escola de psicoterapia, também chamadas de fatores específicos; e a relação paciente-terapeuta, que existe em todas as formas de psicoterapia, também chamada de fatores inespecíficos.

As técnicas (LUBORSKY, 1976, p.93) são constituídas por dois grandes grupos de fatores: as diferentes intervenções do terapeuta, e a estrutura de cada terapia. Esta última envolve desde a orientação geral (compreensiva/repressiva, etc.), até os detalhes de manejo do paciente. A relação paciente-terapeuta, por sua vez, abrange pelo menos três aspectos nem sempre facilmente separáveis, uns dos outros; a) a transferência e contratransferência, compreendendo basicamente os deslocamentos de impulsos, fantasias, originariamente voltados para pessoas do passado ou mesmo do presente, que passam a ser dirigidos, na tera-



pia, pelo paciente à figura do terapeuta e, ao mesmo tempo, do terapeuta em direção ao paciente; b) os aspectos lógicos e racionais do paciente, postos a serviço do tratamento (aliança de trabalho); c) os aspectos realísticos da relação: o vínculo afetivo real estabelecido, as atitudes e respostas reais, tanto do paciente como do terapeuta.

Existem diferenças entre os autores quanto a importância que atribuem a cada um destes agrupamentos de fatores para os resultados das psicoterapias. De um lado estão os que dão importância fundamental à técnica, como fator curativo. Num extremo oposto estão aqueles que atribuem os resultados única e exclusivamente à relação estabelecida, situando-se numa posição intermediária os que valorizam os dois conjuntos de fatores, considerando-os todos importantes para a obtenção de resultados. Entre os primeiros estão os antigos hipnologistas que atribuíam as modificações à sugestão que acompanha os tranSES hipnóticos. Neste mesmo grupo situam-se ainda os terapeutas do comportamento, que atribuem as modificações à utilização de reforçadores, tais como dessensibilizações, estímulos aversivos, etc., dando pouco valor à relação terapêutica como fator curativo. No segundo grupo situam-se autores como ROGERS e FRANK, para os quais os fatores curativos são comuns a todas as psicoterapias e são características da relação humana em si, como empatia, autenticidade, entre outros. A existência destas características seria uma condição necessária e por si só suficiente para produzir modificações no paciente.

A maioria dos autores, entretanto, valoriza os dois conjuntos de fatores; a técnica e a relação, nos seus diferentes aspectos. Dentro deste grupo existem os que consideram inseparáveis os dois conjuntos de fatores, como STRUPP (1982, p.410-411) e a Escola Psicanalítica, que utiliza a compreensão e interpretação dos fenômenos transferenciais, que é um aspecto de maior relevância da

relação paciente-terapeuta, como procedimento de fundamental importância para a obtenção de "insight". As pesquisas de uma forma geral, assinalam como fator importante para alcançar os resultados a capacidade do paciente estabelecer uma boa relação com seu terapeuta e deste com aquele.

Aliás, a Medicina sempre reconheceu que às ações bioquímicas dos medicamentos e outros procedimentos terapêuticos, somam-se efeitos devido ao maior ou menor grau de confiança que o médico desperta em seus pacientes. Tal efeito é inadequadamente denominado de "efeito placebo" porque se trata da presença do médico com seus vários significados simbólicos. E até hoje tais profissionais dele se valem, com maior ou menor intensidade, mesmo no tratamento de doenças puramente orgânicas.

Trazendo novamente a questão para o âmbito das psicoterapias, serão apresentadas a seguir algumas das principais contribuições sobre a questão da relação paciente-terapeuta e, em especial, sua importância para os resultados obtidos.

Cabe situar inicialmente o problema dentro da Escola Psicanalítica, pelo pioneirismo destas contribuições, bem como pelo impacto que tiveram na literatura e na prática da psicoterapia, de um modo geral. Para FREUD (1919, p.201), a essência do processo analítico era tornar consciente, ao paciente, seus conflitos inconscientes, mediante a obtenção do "insight". O "insight" modificava as resistências e por conseguinte o próprio conflito. Preocupou-se em elaborar técnicas de obtenção de "insight", e portanto de acesso ao inconsciente, como a interpretação dos sonhos, a livre associação de idéias, a análise da transferência, que se tornaram clássicas.

No que se refere à relação entre paciente e terapeuta, deu importância a dois aspectos: observou que muitos pacientes transferem para a pessoa do terapeuta sentimentos, originariamente vol-

tados a pessoas do passado (transferência) e fez da interpretação reiterada e consistente da transferência, a técnica fundamental para a obtenção de "insight". Observou ainda que, além das distorções transferenciais, o paciente estabelecia também uma relação real com seu terapeuta. E considerou como uma condição necessária para que a Psicanálise pudesse ser aplicada, que o paciente estabelecesse um vínculo afetivo com seu terapeuta (FREUD, 1913, p.182).

Os continuadores de FREUD basicamente mantiveram estas posições. Para Melanie KLEIN e seus seguidores (apud SEGAL, 1983, p. 18) o trabalho central da análise é a interpretação da situação transferencial, não só "no aqui e agora", mas também de situações passadas plenamente vigentes transferidas para o analista. Esta autora menciona ainda que BION e ROSENFELD utilizam essa técnica inclusive com psicóticos. Estes autores, portanto, mantêm a mesma linha de pensamento de FREUD: a relação paciente-terapeuta é importante pelo fato do paciente introduzir distorções (transferência), cuja análise ao permitir o "insight" dos conflitos inconscientes, pode mudá-los ou mesmo resolvê-los.

Do ponto de vista da teoria das relações de objeto, o terapeuta é um objeto do mundo externo. É fundamental, para que a terapia tenha sucesso, que ele seja percebido não como um "bom" ou "mau objeto" os quais são sempre idealizados, mas como "objeto real" ou verdadeiro. Esta percepção possibilitará identificações com aspectos do trabalho terapêutico, necessárias para que ocorram as modificações esperadas. Tais percepções são profundamente influenciadas pelas primitivas relações e identificações da criança com seus pais as quais, desta forma, podem ser modificadas obtendo-se assim a cura terapêutica (HORNER, 1982, p.307).

Outros autores analíticos trouxeram novas contribuições ao tema ao destacarem, além dos fenômenos transferenciais, outros

aspectos da relação paciente-terapeuta.

WINNICOTT (1955, p.484-485) destacou, que em determinados pacientes que tiveram um desenvolvimento por ele caracterizado como de "falso self", as atitudes reais do terapeuta, são mais importantes que as interpretações. Uma posição semelhante salientando a importância das atitudes reais do terapeuta, é a de KERNBERG (1982, p.168; 1983 p.193-194), ao discutir o tipo de abordagem psicoterápica mais adequada com pacientes portadores de transtornos de personalidade do tipo "borderline".

ZETZEL (1956) apud GREENSON (1967, p.212) e GREENSON (1967, p.212), chamaram a atenção para a importância da "Aliança Terapêutica", referindo-se aos aspectos racionais da relação entre paciente e terapeuta.

Estes conceitos foram transferidos para o terreno das psicoterapias por autores como TARACHOW (1963, p.8), LANGS (1974, vol.II, p.251), e mais recentemente por GOMES-SCHWARTZ (1978, p.1023), GUNDERSON (1978, p.1186), STRUPP e HADLEY (1979, p.1134-1135), LUBORSKY (1976, p.106-107) e MARZIALI (1981, p.363). Estes últimos dois autores verificaram, que os resultados estão muito ligados a qualidade da relação paciente-terapeuta, confirmando assim o resultado de pesquisas anteriores: GARDNER (1964, p.431), SAPOLSKI (1965, p.75), STRUPP et alii (1969) apud BENT et alii (1976, p.149), BENT et alii (1976, p.149), RYAN e GIZYNSKI (1971, p.5), entre outros.

No âmbito das Psicoterapias Breves Dinâmicas, especialmente SIFNEOS e MALAN, preocuparam-se com a questão da relação paciente-terapeuta e sua importância para o curso e os resultados destas formas de tratamento.

SIFNEOS (1972, p.78; 1979, p.25) exigia como critério para indicação da Psicoterapia Provocadora de Ansiedade, que o paciente tivesse tido pelo menos uma relação interpessoal signifi-

cativa no passado, pois considerava a capacidade do paciente se vincular facilmente ao terapeuta, uma condição fundamental para o sucesso da terapia.

MALAN (1976, p.97), da mesma forma, exigia que o paciente fosse capaz de estabelecer algum tipo de contato com o terapeuta, como condição para indicar a Psicoterapia Breve Dinâmica. E observou, na primeira série de pacientes tratados, que obtiveram melhores resultados aqueles que apresentaram manifestações transferenciais precoces e intensas (Idem, 1963, p.333).

Os mencionados autores consideram, portanto, a capacidade de se vincular rápida e intensamente ao terapeuta como uma condição necessária para o aproveitamento em Psicoterapia Breve, contra-indicando este tipo de tratamento para aqueles pacientes que não conseguem estabelecer tal contato nas primeiras entrevistas.

Apesar dos achados de pesquisa e da opinião prevalente entre os autores que propõem modelos de Psicoterapia Breve, na verdade deu-se pouca atenção à relação paciente-terapeuta em si: o estabelecimento do vínculo, seu desdobramento e as diferentes maneiras como pode favorecer ou comprometer os resultados nestas formas de tratamento. Como consequência, temos ainda um grande número de pacientes abandonando o tratamento depois das primeiras sessões, quando seus terapeutas esperavam que retornassem, numa evidente falha de comunicação entre ambos.

E efetivamente, alguns trabalhos realizados em nosso meio sobre abandono (ZANETTI, 1971, p.22; CARRICONDE, 1979, p.18 e GOI, 1979, p.19), observaram que uma das causas importantes do término prematuro de psicoterapias foram dificuldades na relação paciente-terapeuta.

Ainda no que se refere à questão da importância da relação terapêutica e os resultados, caberia mencionar o seguinte: a maioria dos trabalhos citados destacam aspectos do paciente e sua

contribuição para a qualidade da relação estabelecida. Mais recentemente, no entanto, na literatura tem surgido interesse em estudar um lado da questão menos investigado: as contribuições do terapeuta para a qualidade da relação e suas interações com o paciente. TACKER, já em 1948, chamava atenção para o perigo, na situação analítica, das chamadas reações contratransferenciais do terapeuta, as quais poderiam favorecer ou dificultar a percepção dos processos inconscientes do paciente (RACKER, 1982, p.101). E PAULA HEIMAN, em 1950, salientava a possibilidade destas reações serem utilizadas como instrumento de compreensão dos conflitos inconscientes (apud RACKER, 1982, p.120-121). LANGS (1976) fez uma revisão em dois volumes e um resumo das principais contribuições da literatura psicanalítica sobre este assunto; e EPSTEIN e FEINER (1979) editaram um volume contendo as colaborações de vários autores. O tema em psicoterapia, no entanto, continua sendo pouco pesquisado, não obstante sua importância.

O presente trabalho preocupa-se com a questão da relação paciente-terapeuta, no âmbito das Psicoterapias Breves Dinâmicas, praticadas por terapeutas principiantes. Duas razões a mais tornam este problema crítico: a) o curto espaço de tempo disponível nestas terapias, por serem breves. Esta limitação torna ainda mais necessário o rápido estabelecimento de uma boa relação entre paciente e terapeuta; b) como são terapeutas que estão iniciando um treinamento, e portanto sem um domínio maior das técnicas, possivelmente o principal fator a influenciar o paciente, seja efetivamente a relação estabelecida.

Como contribuição ao estudo deste tema no âmbito das Psicoterapias Breves Dinâmicas, a presente dissertação se preocupa com as seguintes questões de pesquisa:

- a) quais os resultados obtidos pelos pacientes que realizaram Psicoterapia Breve Dinâmica, com alunos do

Curso de Especialização em Psiquiatria, que estão iniciando seu treinamento nesta modalidade de tratamento?

- b) qual foi a qualidade da relação paciente-terapeuta, nestas psicoterapias?
- c) há correlação entre os resultados obtidos e a qualidade da relação terapêutica?
- d) em que grau contribuíram os pacientes e/ou os terapeutas para as dificuldades encontradas na relação entre ambos?

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão bibliográfica abrange dois níveis de contribuições:

- os principais marcos referenciais teóricos;
- as contribuições de pesquisa.

### 2.1 - MARCOS REFERENCIAIS TEÓRICOS

Dentre as contribuições teóricas, destacam-se sem dúvida, pelo seu pioneirismo e pelo impacto que tiveram tanto na literatura posterior, como na prática da psicoterapia, as contribuições de FREUD.

#### 2.1.1 - Contribuições de FREUD: a transferência e o vínculo com o terapeuta como condição necessária ao tratamento psicanalítico.

FREUD sempre considerou que o fator fundamental de modificações no paciente era a obtenção do "insight". Através do "insight" o paciente poderia modificar suas resistências, e conseqüentemente o conflito psíquico, responsável pelos sintomas. "...Assim formulamos a nossa incumbência como médicos: dar ao paciente conhecimento do inconsciente, dos impulsos reprimidos que nele existem, e, para essa finalidade, revelar as resistências que se opõem a essa extensão do conhecimento de si mesmo..."(FREUD, 1919, p.201).

Logo no início de seu trabalho, teve sua atenção volta-

da para determinadas reações distorcidas dos pacientes em relação à sua pessoa, e que chamou de transferência. Concluiu que o paciente, no campo das relações interpessoais, tinha a tendência a deslocar para pessoas do presente - e entre elas o terapeuta - suas fantasias, impulsos, voltados originariamente a pessoas do passado. Fez da interpretação de tais fenômenos, a técnica fundamental da Psicanálise.

Registre-se suas palavras:

"Deve-se compreender que cada indivíduo, através de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica... Se a necessidade que alguém tem de amar não foi inteiramente satisfeita, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa com idéias libidinais antecipadas... Assim é perfeitamente normal e inteligível que a catêxia de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, dirija-se também à pessoa do médico..."(FREUD, 1912, p.133-134).

Descreveu duas formas de transferência: a positiva, quando predominam manifestações de impulsos amorosos ou seus derivados; e a negativa, quando predominam manifestações dos impulsos agressivos.

Chamou ainda atenção para o fato de que, em determinadas condições, as distorções são de tal ordem que o paciente se esquece de seu contrato inicial com o terapeuta, constituindo-se a transferência numa resistência ao trabalho psicoterápico. Uma das formas como se manifesta a resistência é o chamado amor transferencial, situação na qual o(a) paciente se enamora pelo(a) terapeuta. Esta busca de gratificações eróticas pode ofuscar e impedir completamente o trabalho psicoterápico, determinando seu fracasso. "... não há dúvida de que a irrupção de uma apaixonada exigência de amor, é, em grande parte, trabalho da resistência..."(FREUD, 1915, p.212).

A descoberta do fenômeno da transferência e sua utilização como técnica de acesso ao inconsciente, constitui-se sem dúvida, na contribuição mais importante de FREUD ao estudo dos diferentes aspectos da relação paciente-terapeuta.

Ainda no que se refere ao tema, existem outros pontos na obra de FREUD que cabe mencionar. FREUD considerou o vínculo com o terapeuta como uma condição necessária para a aplicação dos procedimentos técnicos da análise, e a obtenção de um vínculo do paciente com o médico como o primeiro objetivo do tratamento (1913, p.182).

No que se refere às atitudes do terapeuta em sua relação com o paciente, FREUD foi sempre contra o oferecimento de quaisquer gratificações.\*

Mais adiante, no entanto, o próprio Freud sugere, diante de determinados pacientes, a mudança da técnica e, portanto, da relação oferecida pelo terapeuta ao paciente. "...não podemos evitar de aceitar para tratamento, determinados pacientes que são tão desamparados e incapazes de uma vida comum, que para eles há de se combinar a influência analítica, com a educativa; e mesmo no caso da maioria, vez por outra, surgem ocasiões nas quais o médico é obrigado a assumir a posição de mestre e mentor..."(FREUD, 1919, p. 208).

Em resumo, além de destacar a importância da obtenção do "insight" como fator curativo, FREUD considerou o estabele-

---

\*Em 1912, nas suas conhecidas recomendações aos médicos que exercem Psicanálise sugere a eles o modelo do cirurgião "...que põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no único objetivo: de realizar a operação tão competentemente quanto possível... A justificativa para exigir esta frieza emocional no analista, é que ela cria condições mais vantajosas para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos dar..."(p.153). "... no que se refere às suas relações com o médico, o paciente deve ser deixado com desejos insatisfeitos em abundância. É conveniente negar-lhe precisamente aquelas satisfações que mais intensamente deseja, e mais impune-mente expressa"..."(FREUD, 1919, p.206-207).

cimento de um vínculo entre o paciente e o terapeuta como uma condição indispensável para que a análise pudesse ser aplicada. Diante de pacientes difíceis, advogou a necessidade de uma maior flexibilidade do médico em suas atitudes e na relação proposta.

### 2.1.2 - A Aliança Terapêutica: BIBRING, ZETZEL, GREENSON, LANGS

Recentemente, os autores analíticos, passaram a estudar um aspecto da relação entre paciente e terapeuta chamado preferentemente de Aliança Terapêutica.

ZETZEL (1956) e GREENSON (1967) separaram das manifestações transferenciais, aspectos racionais da relação paciente e terapeuta. Tais manifestações receberam a designação de Aliança Terapêutica, termo introduzido, segundo ZETZEL, por BIBRING, em 1937, e que designa a capacidade do paciente em estabelecer, pelo menos em parte, uma relação de trabalho com o terapeuta. Para que esta Aliança ocorra é necessário, segundo GREENSON, que o paciente faça uma dissociação entre os aspectos neuróticos e sádios do seu ego, e que estes últimos se aliem ao terapeuta. Refere-se este conceito, portanto, aos aspectos racionais, não neuróticos da relação. Designa ainda a motivação do paciente em superar sua doença e sua sensação de desamparo; a disposição consciente e racional em cooperar, e sua aptidão para seguir as instruções e compreensões do analista (GREENSON, 1967, p.212).

No âmbito das psicoterapias, LANGS, entre outros, ressaltou a importância da chamada Aliança Terapêutica. Para este autor é imperioso oferecer-se ao paciente uma aliança terapêutica, e uma atmosfera através da qual ele possa desenvolver uma confiança básica, expressar seus problemas, ser entendido e atingido. Destaca ainda a importância, para o paciente, da comunicação não verbal, a fim de criar um vínculo empático, de tal forma que se sinta en-

tendido e não ameaçado. LANGS chama a isto de "boa maternagem terapêutica" (1974, vol. II, p.251).

### 2.1.3 - A Relação Real: Anna FREUD, WINNICOTT, KERNBERG, GREENSON

Diferentes autores têm referido a importância da relação real que se estabelece entre paciente e terapeuta. Assim Anna FREUD, em 1954 (apud ORLINSKY e HOWARD, 1967, p.631) destacou este ponto ao comentar que "...analista e paciente são também duas pessoas reais, ambos adultos, numa relação real um com o outro. Eu me surpreendo como a nossa negligência sobre este aspecto, muitas vezes, é a responsável por reações hostis de nossos pacientes, que nós consideramos apenas como 'transferenciais'".

WINNICOTT, já em 1955 (p.484-485), salientou a importância das atitudes reais do terapeuta, com pacientes descritos por ele como sendo portadores de um "falso self", caracterizado como uma coleção de reações a uma sucessão de fracassos a adaptação. Para WINNICOTT, com estes pacientes é mais importante o manejo em si, do que as interpretações do terapeuta.

Este mesmo autor, num trabalho posterior (1960, p.585), destacou as funções de apoio da mãe para a estruturação do ego nas fases iniciais do desenvolvimento, especialmente para a criança enfrentar as constantes ameaças vivenciadas a todo o momento. Salientou o paralelo existente entre estas funções de apoio ("holding"), da mãe, nas fases iniciais da vida e as funções do analista, especialmente frente a pacientes psicóticos e "borderline".

Mais recentemente KERNBERG (1980, p.168), juntamente com KOHUT e outros, tem se dedicado ao estudo de pacientes com problemas psicopatológicos graves ("borderline", personalidades narcísicas). Este autor recomenda, em virtude dos bloqueios na comunicação verbal que tais pacientes oferecem, que os terapeutas, antes

de tentarem reconstruções genéticas, ofereçam uma relação empática a fim de favorecer a integração dos mesmos no tratamento.

GREENSON (1967, p.240) considerou que uma série de aspectos da relação entre paciente e terapeuta podem ser considerados realísticos: o contrato inicial, as respostas do paciente a acontecimentos, as atitudes reais do terapeuta; o próprio vínculo que se estabelece, sua tolerância, entendimento e ajuda, são experiências reais que podem provocar, por sua vez, reações transferenceis adequadas ou não. Para o paciente, o terapeuta pode ser, na realidade, uma das poucas pessoas realmente importantes em sua vida.

#### 2.1.4 - ROGERS e FRANK: a relação paciente-terapeuta como condição necessária e suficiente para modificações.

A literatura relativa a esta questão destaca de uma maneira geral, a posição "sui generis" de ROGERS.

Para este autor, a comunicação consistente de calor humano, compreensão empática e o oferecimento de uma relação autêntica por parte do terapeuta são, por si sós, elementos suficientes para produzir modificações no paciente. E na medida em que o terapeuta conseguir oferecer tal relação humana, poderá atingir até o paciente psicótico mais recalcitrante (apud GOMES-SCHWARTZ, 1978, p.1023).

Esta posição encontrou alguma aceitação na literatura e está amplamente apresentada num volume de Charles B. TRUAX e Robert R. CARKHUFF.\*

De modo semelhante a ROGERS, FRANK deu muita importância à relação paciente-terapeuta como fator de modificações.

Este autor assim concluiu, ao resumir os resultados de

---

\*TRUAX, C.B. and CARKHUFF: Toward effective Counseling and Psychotherapy - Training and Practice. Aldine Publ.Co. N.York, 1967.

25 anos de pesquisa em Psicoterapia Breve: "a qualidade da interação terapêutica, para a qual contribuem o paciente, o terapeuta e o método terapêutico, é provavelmente o maior determinante dos resultados nas Psicoterapias Breves".(FRANK, 1974, p.328).

Mas, nas pesquisas mais recentes, estas opiniões não têm-se confirmado, como comenta SAKINOFSKY (1979, p.194), ao resumir vários trabalhos realizados nesta linha, especialmente na década passada, sendo este um ponto de vista de menor aceitação, segundo este autor.

#### 2.1.5 - Aspectos do Terapeuta: a contratransferência

A maioria dos autores mencionados até aqui, abordaram a relação paciente-terapeuta, primordialmente do ângulo do paciente. Muito menos estudadas, embora também não menos importantes, são as contribuições do terapeuta para a relação terapêutica.

Já em 1910, FREUD (p.130) chamava a atenção para a importância da "contratransferência", que surge no terapeuta como fruto da influência do paciente em seus sentimentos inconscientes. E nas suas conhecidas recomendações aos médicos que praticam análise estabelecia uma série de regras técnicas para contrabalançá-la.

RACKER (1948) também refere que: "... assim como o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do paciente para com o analista, enquanto que determinados pelo passado, é chamado de transferência, e sua expressão patológica de neurose de transferência, assim também o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do analista para com o paciente, enquanto determinados pelo passado, é chamado de contratransferência, e sua expressão patológica poderia ser chamada de neurose de contratransferência..." Assinala ainda a dupla função da contratransferência. Ela pode ajudar ou dificultar, falsear a percepção dos processos analíticos (RACKER, 1982)



Paula HEIMAN (apud RACKER, 1982, p.120-121) chamou a atenção para um outro aspecto importante da contratransferência. Saliou que os sentimentos provocados pelo paciente no terapeuta, se por um lado devem ser reprimidos para não interferirem na tarefa analítica, podem ser, por outro lado, um instrumento valioso na busca da compreensão dos conflitos inconscientes e sua interpretação.

Mais recentemente EPSTEIN e FEINER (1979) editaram uma coletânea de trabalhos sobre este tema. Um destes trabalhos é o de GIOVACHINI (apud EPSTEIN e FEINER, 1979, p.236). Este autor comenta que muitas vezes os pacientes são considerados intratáveis, muito mais em razão de problemas contratransferenciais dos terapeutas, do que propriamente em função da psicopatologia do paciente.

Apesar destas contribuições teóricas importantes, as pesquisas, no entanto, continuam sendo ainda relativamente escassas sobre este aspecto da relação paciente-terapeuta.

## 2.2 - CONTRIBUIÇÕES DE PESQUISA

### 2.2.1 - A Relação Paciente-Terapeuta e os Resultados

Baseados muitas vezes nos referenciais teóricos antes expostos, nestes últimos 30 anos foram feitas várias pesquisas enfocando um ou outro aspecto da relação paciente-terapeuta, correlacionando-os com o curso e os resultados da terapia. Estes trabalhos definem aspectos específicos da relação, tais como o tipo de expectativas, identificação paciente-terapeuta, tipo de par, vínculos, compatibilidade entre paciente e terapeuta, etc., e os resultados obtidos. Dentre estes trabalhos destacam-se os que passam a ser mencionados.

Já em 1964, GARDNER (p.451) fez uma exaustiva revisão da pesquisa existente até então sobre a relação terapêutica. Menciona os diferentes critérios do que seria uma relação ideal. A maio-

ria dos trabalhos citados mostraram uma correlação entre o sucesso na terapia e uma relação terapêutica que se aproximasse do ideal. Mas o próprio autor destaca os problemas metodológicos da maioria das pesquisas da época; os métodos de avaliação e o momento em que tais avaliações eram feitas.

SAPOLSKY (1945, p.75) procurou correlacionar a evolução de pacientes do sexo feminino internadas, com aspectos da relação com seus terapeutas. Observou que os resultados eram melhores quando as pacientes percebiam que existia uma similaridade entre elas e seus médicos (compatibilidade), e que haviam sido entendidas por eles. Observou ainda que a percepção que as pacientes tinham de seus terapeutas modificava-se durante o tratamento, tendendo a cristalizar-se com o tempo.

GUNDERSON (1978, p.1186) tentou prever os resultados no tratamento de esquizofrênicos, em função da qualidade da relação paciente-terapeuta estabelecida. Tentou ainda prever a relação em função da combinação de qualidades pessoais de pacientes e terapeutas. E efetivamente encontrou que os melhores pares foram de terapeutas tranquilos, com pacientes ansiosos; tolerantes à agressão, com pacientes hostis; superprotetores, com pacientes sedutores; tolerantes à depressão, com deprimidos.

STRUPP et alii (apud BENT et alii, 1976, p.149) observaram, em sua pesquisa, que as percepções dos pacientes sobre os terapeutas e sobre o processo psicoterápico foram os determinantes mais importantes de sua permanência e progresso em psicoterapia. E que uma atitude positiva sua em relação ao terapeuta, estava relacionada com o sucesso em terapia.

Confirmando estes achados, BENT et alii (1976, p.149) verificaram que os pacientes bem sucedidos em psicoterapia descreviam seus terapeutas como ativamente interessados e preocupados, mais calorosos e amáveis do que os pacientes que não haviam obtido sucesso.

Até mesmo nas chamadas terapias do comportamento é questionado se a relação com o terapeuta tem ou não importância nos resultados obtidos. Com esta finalidade, RYAN e GISYNSKI (1971, p. 5), procuraram estudar quais os fatores decisivos nas modificações observadas nestas terapias; se eram decorrentes das técnicas específicas ou de fatores comuns a outras formas de psicoterapia. Encontraram em sua pesquisa fortes evidências de que as mudanças observadas estavam relacionadas exclusivamente com aspectos da relação paciente-terapeuta (clima, confiança), e não com o emprego de técnicas comportamentais específicas.

O grande problema para se correlacionar os achados destas diferentes pesquisas é o fato de terem sido feitas em condições muito diferentes umas das outras quanto a pacientes, terapeutas, metodologia e, especialmente, às técnicas psicoterápicas empregadas, geralmente caracterizadas de forma vaga.

Apesar destas ressalvas, os achados, no entanto, apontam numa direção: os resultados são afetados em maior ou menor grau pela relação terapêutica estabelecida.

SALTZMAN et alii (1976, p.552) estudaram a formação da relação terapêutica nas fases iniciais da psicoterapia. Procuraram ainda identificar as vivências iniciais que fizessem prever a duração e a evolução do tratamento. Observaram que ao final da primeira sessão a relação permanecia ainda muito instável. Mas já ao final da terceira entrevista, poderiam identificar-se uma série de aspectos que discriminavam os pacientes que iriam abandonar ou prosseguir em tratamento. Para estes autores a característica mais marcante dos pacientes que abandonavam era sua insatisfação com a relação terapêutica estabelecida. Estes dados apóiam a idéia da importância da relação inicial para a continuação em terapia.

Nesta linha, em nosso meio, ZANETTI (1971, p.22), CAR-

RICONDE (1979, p.18), estudando o problema do abandono em psicoterapia, observaram que os pacientes que interrompiam seus tratamentos tinham tido dificuldades na relação com seus terapeutas. E GOI (1979, p.19) observou uma associação significativa entre sentimentos contratransferenciais nos terapeutas e dificuldades na alta dos pacientes (mã elaboração).

WEDDINGTON e CAVENAR (1979, p.1302) chamam a atenção para as altas que são propostas pelos terapeutas e não são o fruto de um consenso entre paciente e terapeuta. E assinalam que, na maioria das vezes, elas ocorrem por razões contratransferenciais. Destacam ainda a importância dos supervisores estarem atentos a este fato.

Mais recentemente, em nosso meio, SCHESTATSKY e ESCOBAR (1983, p.132) observaram o fato de muitos terapeutas evitarem, em Psicoterapia Breve Dinâmica, interpretações transferenciais. Supõem que tal fato ocorra em decorrência de um temor, por parte dos terapeutas, de contato mais íntimo com os pacientes.

Na mesma direção que as pesquisas anteriores, cabe mencionar o trabalho de TOVIAN. Este autor observou que aqueles pacientes que tiveram pelo terapeuta uma afeição erotizada, sentindo-o como íntimo, aproveitaram mais do que os que o perceberam frio e dominador (apud ORLINSKY e HOWARD, 1978, p.300). Confirmando assim, mais uma vez, a impressão prevalente de que uma boa relação com o terapeuta é fundamental para se obter resultados em psicoterapia.

#### 2.2.2 - Terapeutas Experientes e Inexperientes, Fatores Específicos e Inespecíficos

Uma estratégia interessante adotada para estudar a influência da relação nos resultados foi a de comparar as modificações obtidas em tratamentos realizados por terapeutas experientes,

com aquelas alcançadas em tratamentos realizados por "leigos".

Os dois trabalhos mencionados a seguir obedeceram a esta estratégia.

GOMES-SCHWARTZ (1978, p.1031-1032) comparou os resultados obtidos por pacientes tratados por terapeutas experientes e não experientes. Verificou que: a) a orientação teórica dos terapeutas, e o fato de serem ou não treinados, influenciou a forma como foi levada a efeito a psicoterapia (processo), mas não os resultados; b) o que mais consistentemente esteve associado aos resultados foi o desejo e a capacidade do paciente de se envolver na terapia, e de se aliar ao terapeuta. Isto não dependeu do tipo de psicoterapia que era proposto. Neste sentido influenciaram muito as características dos pacientes; aqueles que não eram agressivos, ou desconfiados, e que contribuíram para uma boa interação na terapia, evoluíram muito melhor do que os que eram desconfiados, defensivos, e sem disposição para tal envolvimento.

Um trabalho semelhante, embora chegando a conclusões diferentes, foi o realizado por STRUPP e HADLEY (1979, p.1134-1135). Estes autores compararam os resultados obtidos por pacientes tratados por terapeutas altamente experientes, com um grupo de pacientes "tratados" por professores universitários, conhecidos por sua capacidade em estabelecer uma boa relação com estudantes, mas sem nenhum treinamento ou experiência prévia em terapia. Verificaram que os pacientes "tratados" pelos professores, em média, melhoraram tanto quanto os tratados pelos terapeutas profissionais. Discutem, no entanto, se estes resultados seriam os mesmos em tratamentos mais longos, ou com pacientes melhor selecionados para métodos específicos de psicoterapia.

GURMAN (apud SAKINOFSKY, 1979, p.195), tratando desta questão, concluiu; o que realmente o terapeuta faz pelo seu paciente tem muito maior impacto, na forma como é percebido, naquilo que

se refere às qualidades da relação, do que a reputação e a suposta capacitação profissional. Estas últimas podem favorecer o contrato inicial, mas não são decisivas nos resultados.

Como se vê, os achados ainda são contraditórios. A impressão que fica é de que sem dúvida a relação é importante para os resultados, embora não seja o único fator. A qualidade da relação depende muito mais de aspectos da personalidade do paciente do que dos aspectos reais do terapeuta. Mas as contribuições deste podem ser decisivas para a continuidade ou não do tratamento, para a melhoria da qualidade da relação terapêutica. E, seguramente, o terapeuta é a pessoa que tem mais condições de perceber as dificuldades e intervir quando elas ameaçam a continuidade da psicoterapia.

### 2.2.3 - Pesquisas Baseadas no Conceito de Aliança Terapêutica

Baseados nos conceitos teóricos de Aliança Terapêutica, surgiram recentemente pesquisas abordando o problema. Cabe destacar as pesquisas de LUBORSKY (1976) e MARZIALI (1981). LUBORSKY partiu do princípio esboçado por diferentes autores, de que os meios pelos quais a Psicoterapia atua são de dois tipos: a técnica utilizada, e a relação estabelecida. Procurou estudar especificamente a associação entre o tipo de relação estabelecida e os resultados obtidos. Comparou os 10 pacientes que haviam obtido os melhores escores, com os 10 que haviam obtido os piores, dentre os 73 que haviam participado do "Penn Project of Psychotherapy". Observou que os pacientes que menos aproveitaram desenvolviam predominantemente uma relação do tipo 1: caracterizada como uma relação onde predominava, por parte do paciente, a crença de que o terapeuta é quem iria ajudá-lo e o apoiaria, cabendo a ele receber passivamente esta ajuda. Por outra parte, os que mais melhoraram desenvolviam uma relação tipo 2: caracterizada predominantemente pela crença, por parte do paciente, de que estavam trabalhando juntos numa tarefa

comum: conseguir as modificações desejadas pelas quais se sentiam igualmente responsáveis (1976, p.106-107).

Mais recentemente MARZIALI et alii (1981, p.363) desenvolveram uma escala para avaliar praticamente a chamada Aliança Terapêutica em Psicoterapias Breves Dinâmicas. Correlacionaram as pontuações da escala com os resultados obtidos. Os pacientes que desenvolveram e mantiveram uma atitude positiva para com o terapeuta e para com a terapia foram os que obtiveram os melhores resultados. Os que mantiveram uma atitude negativa, que não se modificou apesar dos esforços do terapeuta, foram os que tiveram resultados pobres.

Comentam ainda a importância dos terapeutas se darem conta de que especialmente no início do tratamento, muitas vezes surgem reações terapêuticas negativas, que podem levar a um resultado pobre. Supervisão intensiva e mudanças de estratégia poderiam levar a uma alteração neste curso.

### 2.3 - RESUMO

As psicoterapias utilizam meios psicológicos para a solução de problemas emocionais. Estes meios são basicamente de dois tipos: a técnica utilizada, que engloba a estrutura ("setting") e as intervenções do terapeuta (interpretações, confrontações, clarificações, sugestões, etc.), e variam de um modelo de psicoterapia para outro. Constituem-se no que muitos autores chamam de ingredientes ou fatores específicos. O segundo grupo de fatores é constituído pelos diferentes aspectos da relação paciente-terapeuta, e são chamados de ingredientes ou fatores inespecíficos.

As posições quanto à importância da relação terapêutica em si, para os resultados em psicoterapia, variam. Existem aqueles que não dão nenhuma importância ou uma importância mínima, até os

que atribuem a ela a essência da influência psicoterápica.

A maioria das pesquisas mostra, no entanto, uma correlação entre aspectos da relação paciente-terapeuta e os resultados obtidos, em praticamente todas as formas de psicoterapia. Mostra, ainda que, na maioria dos pacientes com insucesso, a relação com seus terapeutas teve problemas. No estudo desta questão, tanto os teóricos como os investigadores são levados a examinar preferentemente as contribuições do paciente para a relação terapêutica. No entanto, ultimamente, tem-se dado uma importância cada vez maior aos aspectos do terapeuta, reconhecendo-se que ele pode influir, e às vezes de forma decisiva, no estabelecimento e no desdobramento da relação.

Restam, no entanto, muitas questões não respondidas:

- a) como se dá a influência do terapeuta sobre o paciente?
- b) o que o terapeuta fez que, direta ou indiretamente, provocou uma mudança nos sentimentos e atitudes do paciente?
- c) quais são os aspectos do paciente ou do terapeuta que prejudicaram a relação terapêutica, inibiram o processo psicoterápico e, às vezes, provocaram uma interrupção prematura da psicoterapia?
- d) como podem ser entendidos e manejados, quando surgem?
- e) quais são os que favorecem?

Estas questões são levantadas por MARZIALI (1982, p.218), e resumem o que ainda não sabemos sobre o problema.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram objeto desta pesquisa os pacientes adultos que fizeram Psicoterapia Breve Dinâmica no ambulatório do Centro Psiquiátrico Melanie Klein (CPMK), no período compreendido entre 1º de março de 1980 e 31 de janeiro de 1981, e que foram atendidos pelos alunos na época matriculados no segundo ano do Curso de Especialização em Psiquiatria. Incluíram-se na pesquisa todos os pacientes que por ocasião da primeira consulta tinham idade acima de 18 anos, que haviam realizado entre 10 a 40 sessões psicoterápicas com um único médico, e que não tivessem um dos seguintes diagnósticos: psicose, alcoolismo, homossexualismo ou doenças graves orgânicas.

A seleção da amostra foi feita da seguinte forma: preliminarmente identificaram-se os pacientes atendidos no período, em número de 188. Excluíram-se, dentre estes, todos aqueles cujos prontuários não foram localizados e cujos registros eram muito incompletos, ou nos quais faltava o endereço. Foram ainda excluídos os falecidos; os que haviam sido atendidos por mais de um médico; ou que residiam fora de Porto Alegre, totalizando 51 pacientes. Dos 137 que restaram, 67 haviam abandonado o tratamento antes de completarem 10 sessões; 15 haviam tido alta clínica, antes das 10 sessões; e 12 eram portadores de um ou outro dos diagnósticos acima mencionados. Assim sendo, foram excluídos, nesta triagem inicial, 145 do total de 188 pacientes, restando, portanto, 43 que haviam

realizado Psicoterapia Breve, dentro dos critérios estabelecidos pela pesquisa, como se pode verificar no quadro demonstrativo:

Total de pacientes:

- Atendidos .....	188
- Excluídos .....	<u>145</u>
- Seleccionados .....	43

● Razões da Exclusão:

1. Excluídos Preliminarmente

1.1 - Prontuário não localizado .....	18
1.2 - Falta de endereço .....	5
1.3 - Registros incompletos .....	6
1.4 - Atendidos por mais de um médico	9
1.5 - Residência fora de Porto Alegre	12
1.6 - Falecimento .....	<u>1</u>
Subtotal .....	51

2. Inadequados à Psicoterapia Breve

2.1 - Abandono antes de 10 sessões ..	67
2.2 - Alta clínica com menos de 10 sessões .....	15
2.3 - Por problemas psicopatológicos (diagnóstico) .....	<u>12</u>
Subtotal .....	94

Total Excluídos (51 + 94) .....	145
=====	===

Dos 43 pacientes seleccionados foram entrevistados 24, que constituem a amostra do presente trabalho. Os demais 19, não foram localizados por problemas de endereço (14), ou se recusaram a participar da pesquisa (5).

A amostra de 24 pacientes ficou assim caracterizada: 19 eram mulheres, e 5 homens; com idades variando de 18 a 51 anos (média 29,5). A maioria dos pacientes (62,5%) possuía curso superior completo ou eram estudantes universitários; 20,8%, possuía o segundo grau, e apenas 12,5% o primeiro grau. Dois terços destes pacientes, procediam de bairros distantes do Centro Psiquiátrico, e

um terço apenas era proveniente do Bairro Partenon, A maioria era portadora de problemas crônicos do tipo Transtorno de Personalidade. No entanto, pelo menos 7, tinham associados, problemas de natureza aguda, decorrentes de crises acidentais (separações conjugais: 3; gravidez: 3; doença grave do cônjuge: 1; mudança na situação familiar: 1; início de doença orgânica de natureza crônica: 1).

### 3.2 - DEFINIÇÃO DE PSICOTERAPIA BREVE DINÂMICA

Considerou-se no presente trabalho, como Psicoterapia Breve Dinâmica (resumidamente Psicoterapia Breve), aquela psicoterapia praticada no ambulatório, que teve um mínimo de 10 e um máximo de 40 sessões, cujos pacientes não tinham um dos seguintes diagnósticos: psicoses, alcoolismo, homossexualismo, adição a drogas, tendo em vista que tais problemas exigem formas especiais de tratamento.\*

As psicoterapias dos pacientes da presente amostra duraram de 2 a 9 meses (média 3,2). Embora o máximo de sessões tivesse arbitrariamente sido estabelecido que seria 40, incluiu-se um caso com 43 sessões, pois foi o único que ultrapassou aquele número, não havendo uma razão óbvia para excluí-lo.

Embora todos os terapeutas tenham proposto uma terapia voltada ao "insight", este enfoque foi aceito plenamente pelos pacientes, em apenas 5 casos. Em 9 foi parcialmente aceito, e nos demais, não obstante os esforços do terapeuta em buscar compreensão, pre-

---

\* No ambulatório do CPMK, a psicoterapia praticada é de orientação psicodinâmica, embora também sejam utilizadas outras formas especiais de atendimento (alcoolistas, egressos, psicóticos agudos, etc.). No curso das terapias os pacientes utilizam eventualmente medicamentos. Dá-se preferência às Psicoterapias Breves por duas razões: por orientação do próprio serviço, que assim pretende atender um número maior de pacientes, e por uma limitação do tempo de duração do estágio dos terapeutas (no máximo 10 meses).

dominou o apoio, a sugestão e até a repressão.

Quanto à frequência de sessões predominou o sistema de duas entrevistas semanais de 45/50 minutos de duração, espaçando-se até uma vez por semana ou quinzena, na fase final do tratamento. Para fins da presente pesquisa, considerou-se como início da terapia, a primeira sessão realizada pelo terapeuta, mesmo que esta tenha se destinado à avaliação do paciente. Desconsiderou-se a entrevista de triagem a qual todos os pacientes se submetem ao buscar tratamento no Centro, geralmente realizada por outro médico.

Os terapeutas foram em número de 9 (4 homens e 5 mulheres), e na época estava iniciando seu treinamento em Psicoterapia Breve, já contando com uma experiência de pelo menos um ano de atendimento a pacientes psicóticos hospitalizados.

Constituíram-se as seguintes duplas, em função de sexo do terapeuta e paciente:

Terapeuta M e Paciente M:	2
Terapeuta M e Paciente F:	7
Terapeuta F e Paciente M:	3
Terapeuta F e Paciente F:	<u>12</u>
Total .....	24
=====	==

### 3.3 - COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados utilizados na presente pesquisa foram colhidos em duas fontes: a) observações dos prontuários, redigidas pelos terapeutas; b) depoimentos dos pacientes, em entrevistas realizadas pelo autor, entre um ano e meio a dois, após ocorrida a alta.

#### 3.3.1 - Coleta dos Dados do Prontuário

Uma vez selecionados os prontuários que preenchem os

requisitos da pesquisa, eles foram inicialmente resumidos e suas informações ordenadas, conforme o roteiro do anexo 5, p.86. O autor fez uma atenta leitura, um primeiro resumo, incluindo todas as informações que considerou relevantes sobre cada um dos tópicos do anexo 5. Um mês depois fez uma segunda leitura e inclusão de dados por ventura omitidos na primeira vez, ou correção de possíveis distorções.

### 3.3.2 - Entrevistas com os Pacientes

Para realizar as entrevistas com os pacientes, procedeu-se da seguinte forma: dois acadêmicos de medicina, treinados para esta tarefa, procuraram os endereços das 43 pessoas selecionadas. Nesta ocasião explicavam a finalidade da pesquisa, bem como a importância da colaboração dos ex-pacientes, convidando-os a comparecer a um dos seguintes locais: Melanie Klein, Hospital de Clínicas ou consultório médico no centro da cidade, onde fosse mais fácil o acesso. Duas pessoas que tinham dificuldades de se deslocar foram ouvidas em suas casas. As demais compareceram a um dos locais antes mencionados, onde foram entrevistadas pelo autor. Muitos pacientes haviam se mudado. Os acadêmicos foram orientados a solicitar o novo endereço junto a vizinhos, porteiros de prédio, etc. Alguns endereços foram visitados várias vezes, esgotando-se todas as possibilidades de localização. Dois pacientes não aceitaram ser entrevistados, num primeiro momento, mas depois de ouvir as explicações do autor e obter garantias de que seria respeitado o sigilo sobre os dados colhidos e sua identificação, concordaram em dar seus depoimentos. Apenas 5 pacientes recusaram-se terminantemente a participar do trabalho. E 14, não foram de nenhuma forma localizados.

Na condução da entrevista procurou-se obter dos pacientes esclarecimentos quanto: aos motivos que os levaram a buscar

tratamento (sintomas, problemas); a sua visão do processo psicoterápico; temas tratados, modificações obtidas, compreensões; o destino dos sintomas e dos problemas depois da alta; a sua substituição ou não por outros sintomas ou condutas, procurando-se identificar o mecanismo envolvido nas modificações e a possível influência da terapia. Sua percepção da relação paciente-terapeuta durante a terapia, por ocasião da alta e os sentimentos existentes em relação ao terapeuta por ocasião da entrevista. Os dados assim obtidos eram confrontados com os do prontuário, e sempre que houve discrepância, considerou-se como mais fidedigno o relato do paciente.

Imediatamente após as entrevistas, o autor fazia uma transcrição das mesmas. Tais relatos tinham de extensão, em média, duas a quatro páginas datilografadas em espaço dois.

#### 3.4 - ESTUDO QUALITATIVO DOS DADOS

O estudo dos dados coletados nos prontuários e nas entrevistas realizou-se em duas etapas. Na primeira, foi feito o estudo do material clínico dos 24 casos individualmente, com vistas a responder às questões do anexo 6, p.88.

Este estudo se desenvolveu como é descrito a seguir. O autor dava, preliminarmente, suas respostas aos quesitos. Num segundo momento, em encontros semanais sistemáticos, eram lidos os resumos dos prontuários e os relatos das entrevistas de avaliação, para o orientador (Prof. David Zimmermann), de que forma independente respondia as mesmas questões formuladas no anexo 6. Estabelecia-se, em seguida, um confronto de opiniões e uma resposta final por consenso. Os quadros 1, 2 e 3 (dos anexos 2, 3, 4, p.77, 80, 83) constituem-se num sumário destas respostas. Em cada encontro em geral era discutido um único caso. Este processo bastante trabalhoso foi necessário como forma de melhorar a confiabilidade dos dados. E efetivamente em

muitas situações, as opiniões dos avaliadores quanto a diagnóstico, compreensão dinâmica, resultados, etc., foram diferentes das registradas nos prontuários pelos médicos assistentes. Em outras palavras: não foi possível tomar ao pé da letra, os registros do prontuário, utilizando-se o processo descrito como forma de tornar os dados mais confiáveis.

### 3.5 - ESTUDO QUANTITATIVO DOS DADOS

Além do estudo clínico dos 24 casos, foi realizado um estudo quantitativo de algumas variáveis que se prestavam para tanto. Com esta finalidade foram construídas duas escalas, baseadas em sugestões da literatura: a) de resultados obtidos em psicoterapia; b) da qualidade da relação paciente-terapeuta. As duas escalas, bem como os critérios utilizados na sua construção, são a seguir apresentadas. São mencionados ainda os diferentes procedimentos estatísticos que foram utilizados na análise de possíveis associações ou correlações entre as variáveis pesquisadas.

#### 3.5.1 - Critérios para Construção das Escalas

Os fenômenos com os quais a pesquisa em psicoterapia se envolve são de natureza complexa, passam-se no íntimo das pessoas e suas manifestações estão sujeitas a interpretações subjetivas. Os métodos de que se dispõe para avaliá-los são imprecisos e até demasiadamente grosseiros. Um grande número de autores já comentou longamente a dificuldade de se avaliar os resultados em psicoterapia. Entre outros: FRANK (1968, p.38); KERNBERG (1972, p.27); MALAN (1973, p.726); BLOCH (1977, p.410); DAVANLOO (1980, p.319); LONDON e KLERMAN (1981, p.709); HINE et alii (1982, p. 204); PARLOFF (1982, p.718); STRUPP (1973, p.477; 1982, p.399).



Na solução deste problema e na construção de um instrumento de avaliação, decidiu-se levar em conta sugestões dos mencionados autores e, em especial, as de MALAN:

a) associar o critério clínico com o estatístico (quantitativo);

b) usar uma nota única, um escore global na avaliação dos resultados, por ser mais simples e mais próximo do que os clínicos fazem habitualmente;

c) conjugar um critério clínico com um critério dinâmico. Segundo este critério considera-se que sintomas são decorrentes de conflitos. E que um conflito foi "resolvido" ou "elaborado", quando suas manifestações: sintomas, sentimentos inadequados, condutas desadaptadas, limitações ou restrições na vida da pessoa decorrentes do uso excessivo de mecanismos de defesa - desapareceram, ou foram atenuados substancialmente, tendo sido substituídos por outros sentimentos, atitudes ou condutas mais satisfatórias. O simples alívio de sintomas, obtido por técnicas como negação, afastamento, fuga para a saúde, embora represente um alívio, não implica necessariamente numa resolução. A avaliação, segundo este critério, implica portanto, na identificação do mecanismo envolvido nas mudanças globais de vida e nos sentimentos internos do paciente (resolução total, parcial ou não resolução do conflito);

d) individualização das pontuações: avaliar cada paciente individualmente, pontuando em função das diferenças observadas entre o início do tratamento e a avaliação posterior;

e) efetuar a avaliação depois de transcorrido um tempo razoável após a alta, a fim de possibilitar a estabilização relativa dos resultados;

f) usar clínicos de larga experiência e familiarizados com os conceitos psicodinâmicos. "Não há substituto para o julgamento feito por um clínico experiente quando aplicado apropriadamente

mente" (SARGENT, apud MALAN, 1973, p.727);

g) uso de avaliadores independentes (sem que um tome conhecimento das pontuações do outro).

Na construção da escala "qualidade da relação paciente-terapeuta" foram levados em conta critérios aproveitados dos trabalhos de LUBORSKY,(1976, p.106-107) e MARZIALI, (1981, p.363) como segue:

- Tipo de Vínculo Estabelecido

O tipo de ligação que predominou: manifestações claras por parte do paciente, seja ao longo da terapia e, especialmente, por ocasião da avaliação de ter se ligado ao terapeuta - gostado dele, sentido pesar pela alta, desejo de revê-lo, afeição por ele; ou ao contrário, não se ligou - não lembrava sequer o nome, predominou um sentimento de raiva, e de não ter gostado.

- Entrosamento entre Paciente e Terapeuta

Aceitação ou não das intervenções e da eventual orientação dada pelo terapeuta à terapia. Solução adequada das eventuais discordâncias. Predomínio de forma manifesta do entendimento ou o contrário, da discordância.

- Atitudes do Paciente em Relação à Terapia

Predominou uma atitude manifesta de estar participando ou trabalhando junto com o terapeuta na busca de compreensão e de modificações, ou preferiu atribuir a responsabilidade pelas mudanças ao terapeuta e à terapia.

- Atitude do Terapeuta em Relação ao Paciente

Estimulou ativamente o paciente a buscar soluções verdadeiras, ou aceitou falsas soluções. Conseguiu estabelecer objetivos com os quais o paciente estava de acordo, ou impôs pontos de vista próprios. Apareceram evidências de rechaço, intolerância, atitudes repressivas, dificuldades de entrosamento (contratransferenciais).

### 3.5.2 - Instrumentos Utilizados

- Resultados Obtidos

Para pontuação dos resultados foram estabelecidos os seguintes critérios (graus):

1. Praticamente inalterado o quadro inicial.

2. Modificações mínimas: melhora leve nos sintomas em geral à custa de técnicas de afastamento ou negação, sem evidência de modificações nos conflitos,

3. Modificação parcial: esbatimento dos sintomas, com modificação parcial no(s) conflito(s). O mecanismo da mudança não ficou esclarecido, mas o resultado foi importante.

4. Resolução substancial: nos sintomas e problemas, e provavelmente no(s) conflito(s); mas o mecanismo da modificação não ficou esclarecido.

5. Resolução substancial: nos sintomas e problemas iniciais, com entendimento do mecanismo envolvido.

- Qualidade da Relação Paciente-Terapeuta

Na pontuação da qualidade da relação paciente-terapeuta, foram estabelecidas os seguintes critérios (graus):

1. Relação impessoal com o terapeuta: não se ligou a ele; não lembra sequer o nome; não houve entrosamento, e predominou uma atitude negativa em relação à terapia que se mantinha, por ocasião da avaliação.

2. Houve um envolvimento inicial com o terapeuta e a terapia. Mas logo surgiram desacordos que predominaram e não foram tocados, nem resolvidos. Houve pouco entendimento recíproco. Por ocasião da avaliação, o paciente referiu queixas e ressentimentos em relação ao terapeuta e à terapia.

3. Predominou o sentimento de ter gostado do terapeuta.

Mas a relação foi marcada por idealização e/ou dependência importantes, ou a atitude de evitar os problemas e esperar demais pelo terapeuta. O terapeuta não tocou nestas atitudes que foram mantidas pelo paciente, ou até estimulou-as, não intencionalmente.

4. Predominou o sentimento de ter gostado do terapeuta, bem como idealização ou dependência; e uma atitude de nele depositar muitas expectativas. Tais fantasias ou atitudes foram tocadas na terapia e, em parte pelo menos, modificadas. O terapeuta estimulou e o paciente, em parte, procurou trabalhar ativamente na solução de seus problemas.

5. Estabeleceu claramente um vínculo afetivo com o terapeuta e um bom entendimento com ele. Houve uma boa relação de trabalho expressa pela busca ativa de compreensão e solução dos problemas. Na avaliação predominaram manifestações de apreço e reconhecimento em relação ao terapeuta. Houve uma afeição "erotizada" manifesta pelo paciente e tratada pelo terapeuta.

### 3.5.3 - Aplicação das Escalas

Quatro avaliadores independentes, dois para os resultados e outros dois para a qualidade da relação, atribuíram pontuações nos 24 casos a estas duas variáveis, utilizando as escalas anteriormente descritas.

Foi mantido em sigilo o nome dos psicoterapeutas para que o conhecimento prévio não influísse subjetivamente nas avaliações, já que haviam sido alunos dos avaliadores.

As pontuações foram atribuídas tomando-se alguns cuidados: primeiro o autor pontuou os 24 casos, no que se refere à qualidade da relação. O Prof. David Zimmermann atribuiu suas notas (resultados), após ter concluído a discussão dos 24 casos. Em três encontros eles foram lembrados, através de novas leituras dos re-

sumos de prontuário e das entrevistas de avaliação, ocasião em que foram estabelecidos os escores definitivos.

Com os outros dois avaliadores procedeu-se da seguinte forma: em três encontros com cada um dos avaliadores, foram lidos pelo autor os resumos de prontuário e das entrevistas. Após as leituras, os avaliadores atribuíam suas notas de acordo com os critérios das escalas. Concluídos os 24 casos, estes foram revisados globalmente no sentido do avaliador, comparando os casos entre si, verificar se havia utilizado os critérios das escalas de maneira uniforme. Desta forma, cada paciente obteve quatro notas, duas para cada escala. Tais notas, bem como as respectivas médias, estão no anexo 7.

### 3.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Levando-se em conta a natureza dos fenômenos com os quais lida o presente trabalho optou-se, seguindo a recomendação de SELTIZ e JAHODA (1965, p.486), por fazer uma análise dos dados não quantificados, precedendo a análise estatística dos mesmos.

#### ● Análise dos Dados Não Quantificados

Para esta análise, os pacientes foram agrupados em três categorias: com modificações importantes ou substanciais; com modificações parciais; com modificações mínimas ou nulas. Foram observadas as características comuns a cada um destes três grupos quanto: a) aos pacientes; b) as psicoterapias; c) à relação paciente-terapeuta; destacando-se os aspectos que mais chamaram a atenção em cada um deles, levando-se sempre em conta as respostas, obtidas por consenso, às perguntas do anexo 6.

#### ● Análise Estatística

Para análise estatística, foram construídas tabelas

de frequência e gráficos,

Foram estudadas as possíveis correlações entre as seguintes variáveis:

1. Resultados e qualidade da relação paciente-terapeuta.
2. Resultados e número de sessões.
3. Resultados e idade do paciente.

Na análise destas correlações foi utilizado o teste coeficiente  $r_s$  de SPEARMAN (apud SIEGEL, 1956, p.210), adequado para o estudo de correlações entre variáveis ordinais (não paramétricas).

Foi ainda verificada a existência de possível associação, através do método do qui-quadrado numa tabela 2 x 2, entre o tipo de par formado, paciente-terapeuta, no que se refere ao sexo, e os resultados obtidos nas respectivas psicoterapias.

### 3.7 - LIMITAÇÕES DO PRESENTE TRABALHO

#### 1. Limitações do Método

Os dados do presente trabalho foram obtidos basicamente de duas fontes: observações do prontuário, redigidas pelos respectivos terapeutas, e depoimentos dos pacientes, feitos em entrevistas realizadas com o autor, entre um ano e cinco meses e dois anos depois do término da terapia. As observações do prontuário passam pelo filtro do terapeuta, que pode registrar determinadas informações e omitir outras, consciente ou inconscientemente, por razões pessoais. Há ainda as perdas de memória, já que são redigidas, às vezes dias depois da realização das entrevistas com o paciente. Da mesma forma os pacientes podem omitir dados importantes. Na verdade muitas destas dificuldades extrapolam ao método usado e existem em decorrência do próprio objeto da pesquisa: observação de modificações ocorridas no íntimo do paciente, expressas ou não em suas verbalizações, condutas, ou atitudes e avaliadas por observa-

dores que dependem das palavras para conceituar esta mesma realidade e também estão sujeitos às distorções do seu próprio "aparelho" de observação. Como forma de minimizar tais fontes de erro, é que se buscou todas as medidas de "controle", mencionadas na metodologia.

Entre outras, adotaram-se as que seguem: a) foram desprezados aqueles prontuários considerados incompletos; b) foram confrontados os dados do prontuário com as informações obtidas nas entrevistas com os pacientes; c) foram valorizados apenas aqueles aspectos considerados inequívocos e evidentes aos avaliadores, procurando-se observar as linhas predominantes ao longo de toda a terapia e desprezando-se os fatos mais ocasionais. As demais medidas já foram especificadas na metodologia.

## 2. Limitações dos Terapeutas

Eram, na ocasião, alunos do Curso de Psiquiatria, em seu primeiro ano de treinamento em psicoterapia. Muitos dos casos estudados foram os primeiros pacientes atendidos por estes terapeutas. Não são pessoas ideais para se avaliar todas as possibilidades de uma determinada técnica. Mas são os serviços universitários, em programas de formação, praticamente os únicos que dispõem de registros, bastante completos, e esta é uma limitação da pesquisa em todo o mundo.

## 3. Limitações Inerentes à Própria Pesquisa em Psicoterapia

Como lidar com grandes volumes de dados, poder ao mesmo tempo separar o fundamental, desprezando o acessório, e atribuir-se uma única nota global tal como sugeriu MALAN (1976, p. 66-74)? Esta tarefa não foi fácil e exigiu muitas horas de discussão dos casos para se chegar a um consenso. A solução foi uti-

lizar clínicos com experiência em avaliação psicodinâmica, comparar os pacientes uns com os outros, e assim classificá-los seguindo-se a sugestão de SARGENT (apud MALAN, 1973, p.727).

#### 4. O Transcurso de Tempo Entre a Alta e a Avaliação dos Resultados

Efetivamente o tempo de um ano e meio a dois anos, pode ser pequeno para a estabilização de resultados. Pode ser que algumas modificações consideradas estáveis não o sejam, e que nem tantos sejam os pacientes efetivamente com modificações importantes ou substanciais. É possível, também, que alguns resultados obtidos tenham passado despercebidos aos avaliadores, pois só foi feita uma entrevista de avaliação.

#### 5. Ausência de Dados Sobre os Terapeutas

Pela forma como foram coletados, eram poucas as informações sobre os terapeutas. Procurou-se levar em conta as atitudes e intervenções registradas no prontuário e confirmadas, nas entrevistas com os pacientes.

#### 6. Influência do Supervisor

Presente na maioria das psicoterapias, mas nem sempre explícita está a influência do supervisor. Muitas das orientações dos psiquiatras devem ter sido fruto desta influência, o que não foi possível discriminar no trabalho.

## 4, RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, DISCUSSÃO

Os dados serão apresentados e analisados em duas etapas:  
a) qualitativamente, isto é, descrevendo-se as características que mais chamaram a atenção dos avaliadores, nas discussões clínicas dos casos, no que se refere aos próprios pacientes, às terapias, à relação paciente-terapeuta, em função dos resultados observados; b) quantitativamente, verificando-se com métodos estatísticos, associações ou correlações entre variáveis que se prestam a este tipo de análise.

### 4.1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Para facilitar a apresentação e análise, os 24 pacientes foram agrupados em três categorias, de acordo com os resultados obtidos nas psicoterapias, conforme pode-se ver na Tabela 1. Esta tabela foi construída a partir da média das pontuações atribuídas aos resultados pelos dois avaliadores, conforme consta no anexo 7, p.90.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em função dos resultados, número médio de sessões e duração das psicoterapias

Resultados	Pontuações	Pacientes		Nº Médio de Sessões	Duração Média (em meses)
		Nº	%		
Importantes ou Substanciais	4 a 5	7	29,2	28,7	5,7
Parciais	2,5 a 3,5	8	33,3	21,7	4,7
Mínimos ou Nulos	1 a 2	9	37,5	19,0	2,6
TOTAIS	-	24	100,00	22,7	4,2

Como se pode verificar pelo exame da tabela, os pacientes da amostra, tiveram diferentes graus de aproveitamento: um pouco menos de 1/3 dos pacientes (29,2%) fez modificações substanciais; 1/3 modificações parciais (33,3%), e os demais (37,5%) modificações mínimas ou não se modificaram, não tendo, portanto, aproveitado a psicoterapia. Pode-se verificar ainda que as psicoterapias dos pacientes que aproveitaram mais, tiveram um número de sessões maior, e duraram mais, do que as dos pacientes com menos aproveitamento.

A seguir são descritas características comuns aos pacientes de cada um destes três grupos, conforme registram os anexos 2, 3 e 4, p.77, 80, 83.

#### 4.1.1 - Pacientes com Resultados Substanciais

Estes pacientes se constituem num grupo importante, pois são aqueles que mais aproveitaram esta forma de terapia praticada e, deve-se lembrar, por terapeutas que estão iniciando seu treinamento, ou seja, com escassa experiência. São, provavelmente, os pa-

cientes mais adequados para esta modalidade de tratamento, Dentre as suas características, destacam-se as seguintes:

1. Os pacientes: todos apresentavam sofrimento psíquico importante, expresso predominantemente sob a forma de depressão e/ou ansiedade. Em alguns casos (3, 19, 22). tais sintomas estavam associados a um desencadeante externo atual. Chamou ainda a atenção o fato de que todos os pacientes tinham problemas antigos e, em pelo menos 5 deles ficaram evidentes logo no início, questões ainda claramente não resolvidas nas relações com os pais. Nos demais, também houve referência a tais questões, mas o terapeuta fez questão de "só tratar de problemas atuais...".

2. As psicoterapias: as psicoterapias destes pacientes tiveram em comum o fato de serem predominantemente compreensivas no conteúdo e expressivas no que se refere a sentimentos e emoções. Assim, em pelo menos 5 dos 7 pacientes, os problemas foram repetidamente tratados mediante a busca de "insight", tanto por parte do terapeuta como do paciente. Há evidências de que estes pacientes fizeram modificações importantes, tanto nas suas dificuldades atuais como nos problemas antigos. Nos outros dois casos (1 e 3) o terapeuta evitou, deliberadamente, tocar em tais problemas. Mas mesmo assim demonstraram ter feito modificações em aspectos de sua personalidade (tendência à submissão e desvalorização).

Assim referiu, por exemplo, o paciente do caso 19, sobre a compreensão de suas dificuldades com a esposa depois que a filha nascera: "entendi que meu problema era ter tido pouco colo e mameira da mãe, e que eu estava com ciúmes de minha filha..." E efetivamente mudou sua atitude, tanto perante a esposa como para com a filha, além de ligar tais dificuldades a questões não resolvidas com a mãe. Ou a paciente do caso 20, comentando o entendimento de suas brigas com a mãe e as modificações havidas: "...pude ver que o pai é que era o marido da mãe e que eu tinha que renunciar a ele

...". São exemplos de compreensões obtidas nas psicoterapias sobre problemas atuais, (no primeiro caso dificuldades sexuais com a esposa e no segundo, com namorados), e sua vinculação a problemas antigos que, também, se modificaram.

As psicoterapias deste grupo se destacaram ainda por terem sido, em média, as mais longas, e com um número maior de sessões que as dos outros dois grupos, como se pode verificar na Tabela 1.

Todos fizeram modificações em suas vidas consideradas importantes pelos avaliadores, como pode-se verificar no Quadro 1, (anexo 2), comparando a coluna dos sintomas e problemas no início do tratamento com a evolução ocorrida. Tal importância foi destacada pelos pacientes nas entrevistas de avaliação, como no caso 20: "Minha vida se divide em dois períodos: antes e depois da terapia". Ou no caso 10: "Se não fosse a terapia, teria posto tudo a perder", referindo-se a sua tendência a escolher para namorar pessoas complicadas e a evitar pessoas "boas", bem como o fato de ter podido escolher uma pessoa com a qual casara, estando na ocasião da avaliação grávida e muito satisfeita.

3. A relação paciente-terapeuta: todos os pacientes desenvolveram, desde o início, um vínculo afetivo intenso mas adequado, com seus terapeutas, como referiu a paciente do caso 10: "Jamais havia confiado tantas coisas e tão íntimas a uma só pessoa. Pus tudo em cima da mesa, sem reservas...". Por ocasião da avaliação todos expressaram claramente afeição e sentimentos de gratidão pelos seus terapeutas, bem como lembranças muito vivas do que haviam tratado. "Precisaria de várias horas para lhe contar tudo o que falamos...", ou: "Lembro até hoje de suas frases que ficavam martelando dentro de mim...", relatou a paciente do caso 3.

Muitas das sessões foram emocionalmente muito carrega-

das, com reações de choro e expressão de sentimentos de tristeza, raiva, etc. Todos sentiram dificuldades em se separar dos terapeutas. E, em pelo menos 4 pacientes aparece descrita nos prontuários, e nos relatos das entrevistas de seguimento, uma afeição erotizada pelos terapeutas, que foi percebida por estes, e tratada. Surgiram também desentendimentos, mas estes foram transitórios e resolvidos, como no caso 20. E, em pelo menos 5 dos 7 casos, houve o uso frequente de interpretações transferenciais.

É de se destacar que exceto no caso 22, em todas as demais terapias, terapeuta e paciente foram de sexos diferentes (6 em 7).

#### 4.1.2 - Pacientes com Resultados Parciais

Estes são pacientes que obtiveram uma redução dos sintomas e modificação em parte dos problemas iniciais, como se pode verificar no Quadro 2 (anexo 3, p.80). Por ocasião da avaliação revelaram que alguns dos problemas continuavam ainda sem solução.

1. Os pacientes: com menor frequência do que no grupo anterior, apareceram sintomas de depressão ou ansiedade. Em compensação, apresentaram outros problemas como, por exemplo, agressividade nas suas relações mais próximas. E a impressão que ficou foi a de que eram portadores de transtornos de personalidade mais graves do que os do grupo anterior: paranóide (caso 2), histérica (6 e 21), passivo-dependentes (14 e 17), não especificado (caso 23). O caso 16 era um provável retardo mental não diagnosticado pelo terapeuta. A paciente do caso 5 tinha sintomas depressivos decorrentes de uma patologia orgânica incurável. Era sem dúvida um grupo com problemas mais difíceis do que os do grupo anterior. Na maioria (exceto no caso 5), tais problemas eram muito antigos (de vários anos).

2. As Psicoterapias; o que chamou a atenção aos avaliadores é que, em parte pelas características do paciente, e em parte por problemas dos terapeutas, a maioria das terapias apresentaram dificuldades no seu curso. Assim nos casos 5, 16, 23 houve uma tentativa clara, por parte do terapeuta, de buscar um "insight" mais profundo, o que não foi aceito pelos pacientes. Já nos casos 2, 6, 14, 17 e 21, os avaliadores perceberam evidências de que os terapeutas tiveram dificuldades em conduzir a terapia de uma forma mais adequada. No caso 2, a terapeuta insistiu num ponto de vista não aceito pela paciente (de que seus problemas eram decorrentes da culpa por sentimentos agressivos em relação ao pai), o que gerou muita discussão na terapia. As pacientes 6, 14 e 17 estabeleceram relações de dependência com a terapeuta, situação que não foi abordada na terapia. Também não foram tocados problemas antigos bastante evidentes (caso 6), e nos casos 14 e 17 foram percebidas fortes evidências de que a terapeuta estimulou técnicas fóbicas (caso 14), ou de negação (caso 17).

No primeiro caso, a terapeuta reforçou as técnicas fóbicas da paciente, ao sugerir que esta evitasse viagens de avião. Adotou, ainda, uma atitude semelhante ao deixar subentendida sua condenação à sexualidade sem envolvimento afetivo da paciente.

No caso 17, a terapeuta passou a influenciar a paciente no sentido de induzi-la a acreditar que "não era problema ter simultaneamente um duplo relacionamento amoroso...". Posteriormente, esta mesma paciente procurou uma outra terapeuta "que tinha pontos de vista diferentes...". Aliás, por ocasião da entrevista de avaliação dos 8 pacientes, 3 haviam voltado a se tratar e outros 2 manifestaram a intenção de voltar a fazê-lo. Portanto dos 8, pelo menos 5 continuavam tendo problemas para os quais eles mesmos julgavam necessário um novo tratamento.

As psicoterapias deste grupo duraram em média 4,7 meses,

levemente superior à média geral (4,3 meses) da amostra. Tiveram um número de sessões bem menor que o primeiro grupo, e levemente superior ao terceiro.

3. A relação paciente-terapeuta: as dificuldades já salientadas em relação ao curso da terapia também ficaram evidentes no que se refere à relação paciente-terapeuta. Dos 8 pacientes, 7 deram a impressão de terem estabelecido um vínculo inicial bom com seus terapeutas. Mas surgiram problemas no curso da terapia. Dos 8 pacientes, 5 estabeleceram relações de marcada submissão e/ou dependência, ou com desacordo franco. Uma das pacientes (caso 23) seguiu ambivalente durante toda a terapia e acabou propondo a alta. Num dos casos (5), no entanto, surgiram dificuldades com o terapeuta, que foram identificadas, tratadas mediante interpretações transferenciais e modificadas no curso da terapia, o que não aconteceu nos demais casos, em que via de regra as dificuldades não foram identificadas e tratadas.

Ao contrário do grupo anterior, aqui predominou a coincidência de sexo do paciente e do terapeuta. Dos 8 pares, 7 eram do mesmo sexo.

Alguns dos depoimentos destes pacientes sobre seus terapeutas, que mais chamaram a atenção: caso 2 - mostrando desacordos da paciente com as opiniões da terapeuta e os sentimentos pela alta precoce: "...Insistia que meu problema era por culpa, pela morte do pai, quando na verdade era bem mais antigo... E um dia, sem mais nem menos, me falou que eu ia ter alta. Caí de quatro (sic)... pois esperava continuar bem mais tempo..."; caso 6 - mostrando como os sentimentos do paciente podem mudar com o tempo: "No início não gostei da terapeuta pois em alguns momentos parecia totalmente ausente e desligada. Era dura, quase não falava e sentia até raiva... Mas vi que era o seu jeito, e com o tempo me acostumei. Sinto um carinho muito grande por ela hoje, pois me fez crescer como

uma verdadeira mãe. Voltei a me tratar com ela, e não penso em ter alta tão cedo..."; caso 16 - (provável retardo mental). "Gostei muito da firmeza com que ele me aconselhava a ir em frente. Isto me dava muita força...". Efetivamente o terapeuta tentou inicialmente um enfoque compreensivo mas, frente às limitações do paciente, restringiu-se a uma terapia sugestiva.

#### 4.1.3 - Pacientes que Não se Beneficiaram (Resultados Mínimos ou Nulos)

Os dados destes pacientes estão apresentados no Quadro 3 (anexo 4).

1. Os pacientes: dos 9 pacientes, 4 apresentaram sintomas agudos (depressão ou ansiedade), os demais tinham problemas caracterológicos graves envolvendo dificuldades sérias nas relações interpessoais (8, 12, 13, 18, 24). Quatro destes pacientes vieram buscar tratamento por problemas externos: no caso 7 - o marido adoecera; no caso 12 - a mãe iniciara um novo relacionamento; no caso 18 - o filho estava com problemas na escola; e no caso 24 - as superiores haviam comunicado à paciente que ela não poderia mais ser freira, e que por isso deveria se tratar. A motivação para uma terapia de "insight" era questionável, portanto, já que a busca do tratamento não fora inteiramente espontânea.

2. As psicoterapias: o que predominou neste grupo foram tentativas de uma psicoterapia compreensiva, o que não foi aceito pelos pacientes. Estas tentativas, em alguns casos, foram feitas de uma forma considerada adequada pelos avaliadores, como nos casos 12 e 18, mas esbarrando em fortes resistências por parte dos pacientes. Nos demais casos, em pelo menos 4, os terapeutas num erro de estratégia, ainda segundo os avaliadores, muito precocemente tentaram fazer os pacientes abrir mão de determina-

das defesas (casos 4, 7, 11, 24). No caso 4 isso determinou uma reação aguda de ansiedade, tendo que ser atendida em serviço médico de urgência, e no caso 7, a interrupção da terapia. Nos outros 5 casos (4, 8, 9, 11, 13), houve evidências de que marcados sentimentos contratransferenciais por parte dos terapeutas, os teria levado a suspender precocemente as psicoterapias.

As manifestações mais comuns foram: propor precocemente a alta, fazendo muitas vezes o paciente se sentir claramente abandonado e sem condições de expressar tais sentimentos; adotar atitudes demasiadamente repressivas face a determinados sintomas dos pacientes; levar os pacientes precocemente a enfrentar determinados problemas, provocando o abandono; levá-los a aceitar um ponto de vista estranho a eles; sugerir psicanálise a pacientes sem a menor condição de levar adiante esta modalidade de tratamento. Em suma: num grupo que representa 37,5% da amostra foram feitas tentativas infrutíferas de uma terapia de "insight" e que por diferentes razões, ou dos pacientes ou dos terapeutas, acabaram fracassando. As psicoterapias destes pacientes tiveram uma duração menor (2, 6 meses) que a média da amostra (4,3 meses) e muito inferior à média das psicoterapias dos pacientes que obtiveram os melhores resultados (5, 7 meses). Também tiveram um número menor de sessões que as psicoterapias dos outros dois grupos.

3. A relação paciente-terapeuta: não ficou dúvida aos avaliadores de que estes pacientes tiveram dificuldades, algumas bastante sérias, com seus terapeutas. Um grupo não conseguiu, praticamente, estabelecer nenhum vínculo com seu médico e a relação foi predominantemente impessoal durante toda a terapia. Por ocasião da avaliação não lembravam sequer o nome do terapeuta. São os casos 8, 12, 13 e 24. O que chama a atenção, é que este fato não foi expresso pelo paciente e, aparentemente, não foi percebido ou pelo menos tratado pelo terapeuta durante a terapia.

Um segundo grupo fez uma ligação inicial com os terapeutas. São os casos 4, 7, 9, 11 e 18, Mas surgiram, em seguida, desacordos, desentendimentos não identificados nem resolvidos e que, por ocasião da avaliação, foram expressos sob a forma de queixas em relação aos respectivos terapeutas.

Dos 9 pacientes, 3 forçaram a alta (casos 4, 7, 12) e em 5 os terapeutas decidiram interromper precocemente as terapias (8, 9, 11, 13, 18). Alguns destes pacientes aparentemente tinham indicações para uma psicoterapia (9, 11, 13, 18), na opinião dos avaliadores. Destaque-se que dos 9 pares, de paciente-terapeuta, 7 eram do mesmo sexo e, em apenas 2, paciente e terapeuta eram de sexos diferentes.

As dificuldades antes mencionadas ficam muito evidentes em alguns depoimentos deste grupo de pacientes:

Caso 4 - comentando o fato das sessões a deixarem muito ansiosa: "senti que ela queria me por contra minha mãe, que para mim é uma santa. E eu estava ficando baratinada...". Esta paciente interrompeu o tratamento depois que teve de recorrer ao Pronto Socorro numa crise de ansiedade, no seu entender, provocada pela terapia.

Caso 9 - "Foi horrível. Nós nunca nos entendíamos. Era como se falássemos duas linguagens. Insistia em que eu estava transformando minha vida num inferno, que eu queria atacar meu marido, quando eu queria era provar para mim mesma, se eu conseguia ou não ser mulher... Eu me sentia um réu diante do juiz e foi ótimo que terminou..."

Caso 11 - "...sem mais nem menos, de repente ela disse que tinha que terminar, e eu fiquei muito triste e chateada... E houve um desentendimento na terapia, ela insistia que eu devia ser sexualmente liberada, o que eu sou contra..."

Caso 18 - viu a terapeuta como uma pessoa interessada, mas, "...que tentou enquadrá-lo em alguns esquemas conceituais, até certo ponto primários e que nada tinham a ver com o que sentia...". Queixou-se, também, da alta abrupta, "...a poeira foi levantada e ficou no ar...".

Como se vê, ambos (casos 11 e 18) queixam-se da alta precoce. Esta mesma queixa foi referida ainda pelos pacientes dos casos 8 e 13.

#### 4.2 - A QUALIDADE DA RELAÇÃO PACIENTE-TERAPEUTA

Utilizando as pontuações atribuídas à relação paciente-terapeuta, de acordo com os critérios especificados na metodologia, foi construída a Tabela 2, que permite a visualização dos casos em conjunto.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes em função das pontuações obtidas na qualidade da relação paciente-terapeuta

Qualidade	Escores	Nº	%
Muito Boa	4 a 5	8	33,3
Boa em Parte	2,5 a 3,5	6	25,0
Com Dificuldades Importantes	1 a 2	10	41,7
TOTAIS	-	24	100,0

Como se vê ao exame da tabela, em 33,3% dos casos a relação foi considerada "muito boa",

Em 25,0% de casos a relação foi "boa em parte" e em 10 casos, teve "dificuldades importantes". Chama a atenção o fato de que este número representa 41,7% da amostra, correspondendo também a maior frequência observada.

Aspectos específicos de cada grupo apresentados no decorrer da Análise Qualitativa dos Dados serão retomados oportunamente na Discussão dos Resultados.

#### 4.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS

Foram feitas análises estatísticas de possíveis associações entre os resultados e as seguintes variáveis: a) a qualidade da relação paciente-terapeuta; b) o tipo de par estabelecido, no que se refere ao sexo do paciente e do terapeuta; c) a idade dos pacientes; d) e o número de sessões. No anexo 1, estão os dados nos quais se baseiam as análises estatísticas.

##### 4.3.1 - Resultados Obtidos em Psicoterapia e a Qualidade da Relação Paciente-Terapeuta

As pontuações individuais, bem como as respectivas médias, estão apresentadas no anexo 4, p.83.

Na escala dos resultados, em 12 dos 24 casos (50,0%) houve coincidência nos escores dos dois avaliadores. Nos demais 12 casos a discordância foi sempre de apenas um grau, numa escala de cinco graus.

Na escala da qualidade da relação paciente-terapeuta, em 16 casos (66,6%), houve concordância nos escores dos dois avaliadores. Em 7, a diferença foi de apenas um grau. Em apenas um caso (23), a diferença foi de dois graus.

Na Tabela 3 (p.51) estão apresentadas as médias das pontuações nas duas escalas: resultados e qualidade da relação paciente-terapeuta.



Tabela 3 - Distribuição dos pacientes em função dos resultados obtidos em psicoterapia e da qualidade da relação do paciente-terapeuta

Pontuações	Resultados		Relação Paciente-Terapeuta	
	Casos	%	Casos	%
0,5 a 1	4	16,7	4	16,7
1,5 a 2	5	20,8	6	25,0
2,5 a 3	6	25,0	5	20,8
3,5 a 4	2	8,3	2	8,3
4,5 a 5	7	29,2	7	29,2
TOTAIS	24	100,0	24	100,0

Como se observa na tabela, os pacientes se distribuíram de maneira bastante uniforme nos diferentes intervalos das escalas, tanto no que se refere aos resultados obtidos, como no que se refere à qualidade da relação paciente-terapeuta.

No Gráfico 1 (p.52) aparecem as pontuações individuais de cada um dos 24 casos.

Pela observação do gráfico, verifica-se que a maioria dos pacientes se situa ao longo de um eixo. Inclusive 10 dos 24 pacientes situam-se numa reta. São pacientes que obtiveram a mesma pontuação em ambas as escalas. Na análise estatística foi utilizado o coeficiente  $r_s$  de SPEARMAN (SIEGEL, 1956, p.210). O coeficiente de correlação entre as duas variáveis foi de 0,970 ( $P < 0,001$ ). Portanto há uma correlação direta e altamente significativa entre os resultados e a qualidade da relação paciente-terapeuta. Confirma-se, assim, a impressão obtida no exame dos dados clínicos não quantificados: os resultados são fortemente influenciados pela qualidade da relação paciente-terapeuta.

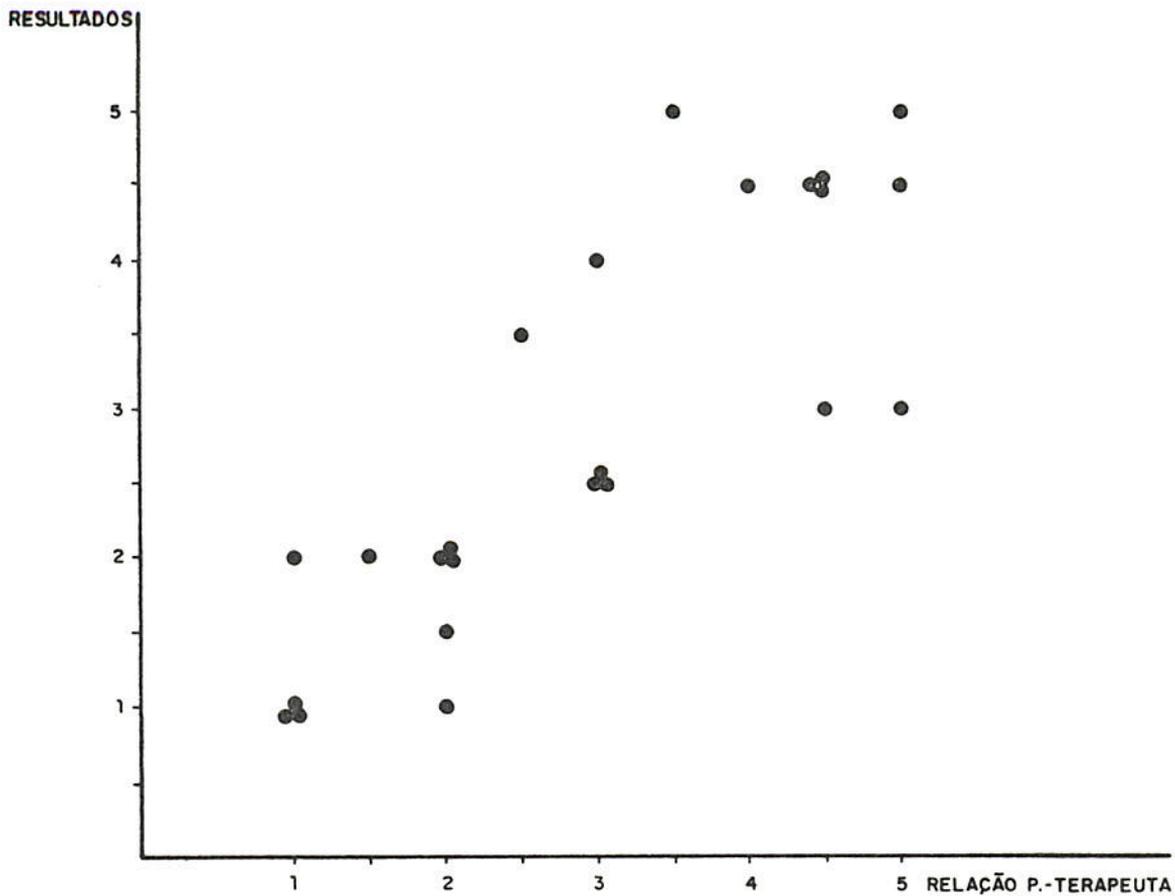


GRÁFICO 1: PONTUAÇÕES INDIVIDUAIS OBTIDAS PELOS PACIENTES EM FUNÇÃO DOS RESULTADOS E DA QUALIDADE DA RELAÇÃO PACIENTE E TERAPEUTA.

#### 4.3.2 - Sexo do Terapeuta e Sexo do Paciente

Aspectos da relação paciente-terapeuta certamente têm a ver com o tipo de par que se forma, considerando-se o sexo do terapeuta e o sexo do paciente. No exame dos casos individuais dois fatos haviam chamado a atenção: a observação de que as psicoterapias que tinham tido um curso mais favorável e resultados melhores, paciente e terapeuta eram de sexos diferentes. Por outro lado, as dificuldades entre paciente e terapeuta, aparentemente, eram mais frequentes quando os pares haviam sido do mesmo sexo e consequentemente os resultados haviam sido mais pobres.

Para esta análise utilizou-se o seguinte critério: con-

sideraram-se satisfatórios os resultados cujos escores haviam sido maiores que 2,5 e insatisfatórios, quando os escores eram de 2,5 ou inferiores.

Na Tabela 4 estão especificados os resultados em função do tipo de par, do mesmo ou de sexos diferentes.

Tabela 4 - Tipo de par, paciente-terapeuta, quanto ao sexo e resultados

Paciente-Terapeuta	Ambos do Mesmo Sexo		Sexos Diferentes		Totais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfatórios	4	16,7	7	29,2	11	45,8
Insatisfatórios	11	45,8	2	8,3	13	54,2
TOTAIS	15	62,5	9	37,5	24	100,0

Qui<sup>2</sup> cal 6,02

Qui<sup>2</sup> 5% 3,84

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o teste qui-quadrado (SIEGEL, 1956, p.110), com a correção de Fischer.

A análise estatística da tabela revela que na presente amostra houve uma associação significativa entre o tipo de par, paciente e terapeuta, em função de sexo, e os resultados obtidos em psicoterapia.

A partir dos dados da Tabela 4 foi construído o Gráfico 2, para uma melhor visualização destas diferenças.

No Gráfico 2 (p.52) aparece de forma bastante clara que: a) os resultados insatisfatórios foram mais frequentes (45,8%), quando paciente e terapeuta eram do mesmo sexo; b) foram menos frequen-

tes os resultados insatisfatórios (apenas 8,3%), quando paciente e terapeuta eram de sexo diferentes; c) os resultados satisfatórios foram mais frequentes (29,21%), quando paciente e terapeuta eram de sexos diferentes; d) e menos frequentes (16,7%), quando ambos eram do mesmo sexo. É importante salientar que tais diferenças observadas são estatisticamente significativas, ao teste do qui-quadrado.

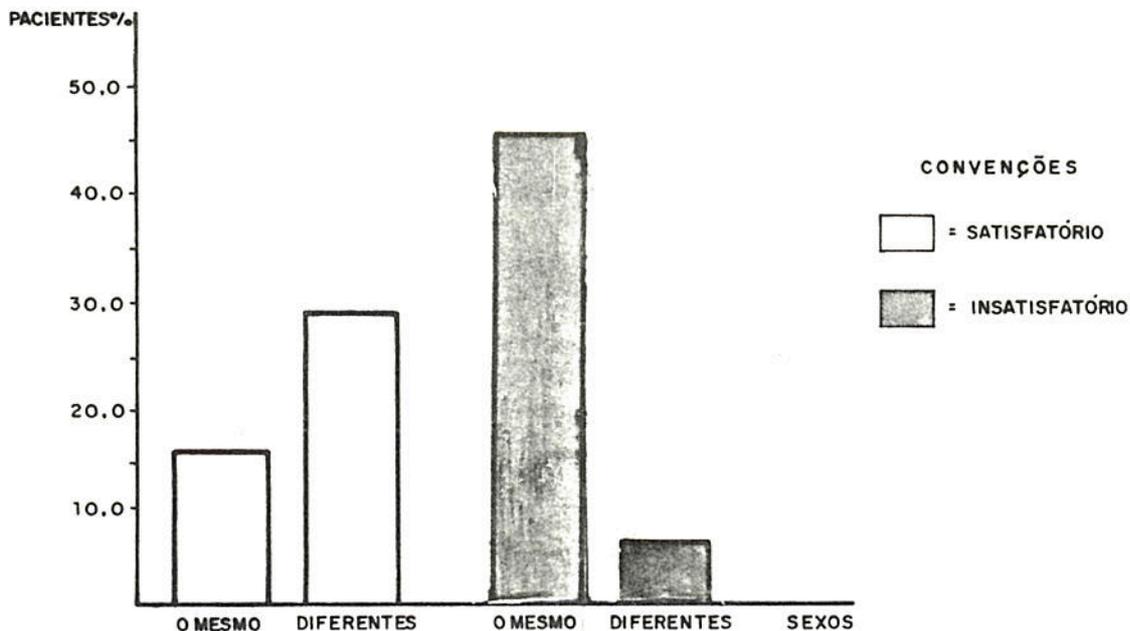


GRÁFICO 2: RESULTADOS OBTIDOS EM PSICOTERAPIA EM PERCENTUAIS, EM FUNÇÃO DO TIPO DE PAR PACIENTE-TERAPEUTA, QUANTO AOS SEXOS.

#### 4.3.3 - Resultados e Número de Sessões de Psicoterapias

Observou-se uma correlação direta e altamente significativa entre resultados e número de sessões. Foi utilizado o coeficiente  $r_s$  de SPEARMAN. O coeficiente encontrado  $r_s$  foi de 0,944 ( $P < 0,001$ ), ou seja, os pacientes que obtiveram os melhores resul-

tados tiveram um número maior de sessões em suas psicoterapias e vice-versa, os que aproveitaram menos, também foram os que realizaram menos sessões.

#### 4.3.4 - Resultados e Idade dos Pacientes

Também foi encontrada uma correlação altamente significativa entre os resultados obtidos e a idade dos pacientes. O coeficiente de SPEARMAN  $r_s$  foi de 0,932 ( $P < 0,001$ ), ou seja, o aproveitamento foi maior à medida que aumentou a idade dos pacientes.

#### 4.4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente cabe destacar que, dos 137 pacientes que tiveram seus prontuários examinados, foram encontrados 43 (31,4%), que, em princípio, haviam realizado psicoterapia de acordo com os critérios estabelecidos para o presente trabalho. Na amostra estudada (24 casos), observou-se que 62,5% obtiveram algum benefício pelo menos com o tratamento, enquanto que os demais não chegaram a aproveitar. Se, por mera curiosidade, for aplicado este percentual ao total de 43 pacientes, obtém-se o número 27 que, por sua vez, corresponde a 19,6% do total da população estudada (137). Este seria, portanto, o percentual de pacientes que, nas condições descritas, teriam obtido algum proveito em psicoterapia, dentro da população que foi encaminhada para atendimento aos alunos do Curso.

Registre-se, ainda, que dentre os 24 pacientes estudados em sua maioria (62,5%) possuíam curso superior completo ou eram estudantes universitários. Como se vê, o grupo que fez Psicoterapia Breve Dinâmica naquele ano no CPMK era constituído de um grupo especial de pacientes não representativo, certamente, da po-

pulação do bairro Partenon, no qual está localizado o Centro.

Estes percentuais, no entanto, são muito semelhantes aos de outros serviços. Assim, MALAN refere que este tipo de terapia é tentado em aproximadamente 10,0% dos pacientes que procuram a Tavistock Clinic; em 25,0% segundo SIFNEOS, dos que procuram o Beth Israel de Boston (apud DAVANLOO, 1980, p.14), serviço reconhecido como especializado em Psicoterapia Breve de Orientação Dinâmica.

Os dados mostram que ainda é limitado o número de pacientes que consegue se beneficiar destas formas de tratamento, se compararmos com o número de pessoas que buscam os serviços psiquiátricos de uma maneira geral. É de se esperar, como comenta DAVANLOO (1980, p.15), que num futuro próximo elas venham a ter ainda pouco impacto sobre os serviços psicoterapêuticos, embora tenham servido para demonstrar sem sombra de dúvida, que as Psicoterapias Breves podem ser efetivas e que nem sempre são necessários tratamentos de longa duração.

Na presente pesquisa deve-se destacar ainda o fato de que os terapeutas eram principiantes e muitos dos casos estudados foram, na verdade, os primeiros pacientes tratados por estes profissionais. Se isto for levado em conta, pode-se considerar os índices de aproveitamento encontrados como bastante favoráveis.

Sem levar em consideração os que tiveram resultados parciais, temos que lembrar que 7 pacientes (29,5%) da amostra apresentaram modificações importantes (substanciais) com esta forma de Psicoterapia praticada por principiantes. Isto nos leva a concluir que existe um grupo de pacientes, para os quais esta modalidade de tratamento seria a escolha, confirmando assim as opiniões daqueles autores.

#### 4.4.1 - A Relação Paciente-Terapeuta e os Resultados

Confirmando o achado de pesquisas anteriores, o presente trabalho encontrou uma correlação fortemente positiva entre os resultados das psicoterapias e a qualidade da relação paciente-terapeuta. E efetivamente nenhum paciente, cuja relação foi pobre, referiu ter aproveitado. Por outro lado, os pacientes que tiveram os melhores resultados foram os que estabeleceram um vínculo precoce e intenso com o terapeuta, que se manteve durante toda a terapia e assim permanecia por ocasião da avaliação. Vários destes pacientes declararam que haviam se "apaixonado" pelos seus terapeutas e que haviam sentido pesar pela alta. Por ocasião da entrevista de avaliação, tinham uma lembrança muito viva do que haviam conversado e expressaram sentimentos de gratidão pelo terapeuta. Em compensação, os que não aproveitaram tinham tido uma relação pobre caracterizada por queixas, desacordos, ou, simplesmente, por nada ou quase nada lembrarem do terapeuta. Em alguns casos não recordavam sequer o nome. Tal situação se manteve durante a terapia e por ocasião da avaliação. Olhando as mesmas terapias do ponto de vista dos terapeutas, a impressão que ficou é de que nos casos de melhor aproveitamento eles estavam mais próximos dos pacientes: utilizaram, com mais frequência, interpretações transferenciais, que nem sequer são mencionadas nos casos com menor aproveitamento, e de relação pobre. Além disso, a condução técnica da entrevista foi mais adequada: o foco proposto era o de interesse dos pacientes; predominou a busca de compreensão sobre os sintomas e problemas e a alta foi estabelecida de comum acordo.

Nos casos com menos aproveitamento, ficaram muito evidentes as discordâncias entre paciente e terapeuta, quanto aos temas ou orientações propostas; a ausência de interpretações transferenciais (pelo menos nos registros); a proposição precoce de al-



ta; atitudes explícitas de repressão ou condenação, ou de ansiedade excessiva do terapeuta frente a problemas sexuais ou agressivos de paciente; intolerância à passividade ou falta de iniciativa; proposição, por parte do terapeuta, de soluções "falsas", como a negação, ou a atitude (fóbica) de evitar os problemas, etc.

O presente trabalho mais uma vez confirma o achado de outras pesquisas de que, sem sombra de dúvidas, é fundamental para que o paciente possa fazer modificações em psicoterapia, o estabelecimento de uma boa relação com o terapeuta. Porque?

Os autores que abordam esta questão levantam inúmeras hipóteses sobre quais seriam as funções do terapeuta e de como seriam exercidas na relação terapêutica. Embora HORNER (1982, p.307) afirme que não existe ainda um consenso sobre o que é terapêutico na situação analítica ou terapêutica, observa-se uma tendência entre os autores (WINNICOTT, 1955, p.484-485, 1960, p.585; LANGS, 1974, vol.II, p.251; BOWLBY, 1977, p.429; STRUPP, 1982, p.399; entre outros) em comparar uma boa relação terapêutica com uma boa relação mãe-filho e as funções do terapeuta às exercidas pela mãe nos primeiros meses de vida: estruturadora do ego; organizadora das experiências internas e das primeiras relações objetais; intermediadora entre as experiências internas e o mundo exterior, possibilitando assim a aquisição de uma identidade própria. Salientam ainda que, para que estes processos ocorram de forma adequada, é fundamental o vínculo afetivo da criança com a mãe. Da mesma forma, na situação psicoterápica, o vínculo afetivo com o terapeuta é que possibilitaria a internalização destas funções. Muitas questões ficam, no entanto, ainda em aberto. Porque um mesmo terapeuta é percebido como um "bom objeto", por alguns pacientes e por outros não? Que fatores influenciaram nesta percepção inicial do terapeuta por parte do paciente? Como modificá-la?

Apesar destas questões em aberto, os achados da presente pesquisa reforçam a convicção da importância da experiência emocional, acompanhando a compreensão intelectual ("insight"), para que ocorram modificações. E para que a terapia proporcione efetivamente esta experiência, é fundamental que o paciente consiga se vincular afetivamente ao terapeuta.

É de se destacar, no entanto, que levando em conta os critérios da Tabela 2, a relação foi considerada com dificuldades importantes em 10 casos (41,7%), o que é um percentual alto. Chamou também atenção o fato de que alguns terapeutas se saíram muito bem com alguns pacientes e tiveram dificuldades com outros. Por exemplo, a terapeuta nº 7, que saiu-se muito bem no caso 19, teve dificuldades nos casos 2 e 9. Talvez um estudo em maior profundidade pudesse esclarecer as razões destas diferenças.

Mas por que, em muitos casos, a relação paciente-terapeuta foi "muito boa", em outros foi "boa em parte" e num número bastante grande teve "dificuldades importantes"? Seria por problemas dos pacientes que, por dificuldades pessoais, não conseguiram vincular-se e manter uma boa relação com os terapeutas, ou estes dificultaram a relação?

Embora seja uma questão muito difícil de responder coletou-se a impressão dos avaliadores, colhida através dos registros dos prontuários e das entrevistas. A impressão que ficou foi a seguinte:

1. Um grupo de pacientes era portador de patologias graves de personalidade, comprometendo a sua capacidade de estabelecer boas ou razoáveis relações interpessoais. Eram pessoas muito isoladas, sem envolvimento afetivos significativos em seu passado. São os casos 8, 12, 13 e 19 (16,7%). E a impressão que ficou foi de que, apesar dos esforços e atitudes adequados dos terapeutas, man-

tiveram-se distantes e inacessíveis. São casos certamente inadequados para esta forma de psicoterapia conforme os critérios de MALAN (1976, p.77) ou SIFNEOS (1979, p.30).

São pacientes com transtornos de personalidade graves, com muita dificuldade de se vincularem ao terapeuta e que exigem técnicas psicoterápicas modificadas. Tais pacientes e suas dificuldades com a terapia são discutidos por inúmeros autores, entre outros: KERNBERG (1982, p.168; 1983, p.193-194); ZIMMERMANN (1982, p.216); ADLER (1979, p.642).

2. Um segundo grupo de 10 pacientes (41,7%), no entanto, estabeleceu um vínculo inicial "bom" ou "razoável", com seus terapeutas. Mas surgiram dificuldades que se mantiveram durante toda a terapia. São pacientes que, por ocasião da evolução, mostravam-se queixosos dos seus terapeutas e insatisfeitos com os resultados.

A impressão que ficou aos avaliadores foi de que determinados problemas destes pacientes (conflitos com agressão, sexuais, dificuldades com os pais) mobilizaram os terapeutas, através de mecanismos de identificação projetiva, provocando as atitudes contratransferenciais já mencionadas.

ZIMMERMANN (1975, p.243) comenta em sua tese a importância dos terapeutas, nas entrevistas prévias, investigarem suas próprias reações contratransferenciais, salientando a necessidade de sentirem pelos seus pacientes, sem nenhum esforço, interesse e simpatia como condições para aceitá-los em psicoterapia de grupo.

No entanto, duas dificuldades pelo menos se apresentam para a aplicação desta sugestão: a) num serviço onde há rotinas de encaminhamento de pacientes, dificilmente um terapeuta recusa um paciente nas primeiras entrevistas, por razões contratransferen-

ciais. Tais recusas em nosso meio ocorrem, mas por dificuldades extremas e em casos excepcionais; b) a maior dificuldade ainda parece residir nos terapeutas, especialmente iniciantes, de identificar nas primeiras entrevistas a possibilidade de ocorrerem tais reações.

WEDDINGTON e CAVENAR (1979, p-1305) comentam em seu trabalho que a principal diferença nas altas, estabelecidas por consenso entre o terapeuta e o paciente e as iniciadas pelo terapeuta, são os fenômenos contratransferenciais dos terapeutas. E alertam para a importância deste aspecto especialmente aos supervisores em treinamento.

Na presente amostra, em pelo menos 5 casos (20,8%) surgiram evidências de ter ocorrido este problema

FRANCES e PERRY (1983, p.409) e, em nosso meio, SCHES-TATSKY e ESCOBAR (1983, p.133) comentam sobre a validade e até a necessidade de interpretações transferenciais, para a solução de problemas semelhantes. Deve-se dizer que este recurso não foi utilizado na maioria dos casos em que ocorreram dificuldades. Esta impressão fica ainda mais evidente se compararmos com os pacientes que apresentaram bom aproveitamento, onde mais frequentemente apareceram tais intervenções.

A frequência (41,7%) com que ocorreram estas dificuldades alerta para a importância do supervisor estar atento a elas, ajudando os terapeutas a identificá-las e a manejá-las pois, certamente, representam um aspecto difícil da técnica psicoterápica, especialmente para terapeutas iniciantes, e uma das grandes razões para o insucesso das psicoterapias.

#### 4.4.2 - Sexo do Paciente, Sexo do Terapeuta e os Resultados

No presente trabalho, houve uma associação significati-

va entre os resultados obtidos em psicoterapia e um aspecto da relação: o tipo de par formado em função do sexo do paciente e terapeuta. Os resultados foram significativamente mais favoráveis quando paciente e terapeuta eram de sexos diferentes; e as dificuldades na relação foram mais frequentes quando ambos eram do mesmo sexo. Nas 7 psicoterapias com melhores resultados, em 6 casos, paciente e terapeuta eram de sexos opostos. E nos 10 casos onde ocorreram as maiores dificuldades na relação, e por conseguinte os resultados foram pobres ou nulos, em 8 casos pacientes e terapeutas eram do mesmo sexo.

A literatura é controversa sobre este tema. MOGUL (1982, p.9) recentemente fez uma excelente revisão da literatura sobre esta questão. Este autor comenta que o sexo do terapeuta é importante, mas é difícil separar sua influência de outras variáveis como treinamento, experiência, personalidade, autoconhecimento. No entanto, o curso da terapia tende a ser mais comumente influenciado no que se refere ao sexo do terapeuta por aspectos relativos à aliança, à transferência ou conflitos abertos. Com alguns pacientes em Psicoterapias Breves e com terapeutas menos experientes, tais fatores podem ser suficientemente importantes para comprometer substancialmente a evolução do tratamento. Trabalhos anteriores têm resultados que apontam na mesma direção. Assim, BILLINGSLEY (1977, p.250), em sua tese de doutorado, observou que o estabelecimento de objetivos para o tratamento, e portanto seu planejamento, varia em função do sexo do terapeuta. Os terapeutas masculinos escolhem significativamente mais objetivos femininos para todos os seus clientes, enquanto que as terapeutas mulheres estabelecem muito mais objetivos masculinos, independentemente do sexo dos pacientes.

DAVIDSON (1976, p.167), em seu trabalho, chama a atenção para o pouco destaque que a literatura em geral tem dado a um

tema tão importante como este. Para ele é uma questão ainda a ser investigada: a influência do sexo do paciente e do terapeuta, no processo e evolução das psicoterapias.

TOVIAN (apud ORLINSKY e HOWARD, 1978, p.300), observou que aqueles pacientes que tiveram pelo seu terapeuta uma "afeição erotizada" aproveitaram mais, do que os que o perceberam "frio" e "dominador". Em nossa amostra efetivamente em 4 dos 7 casos melhores houve uma clara e manifesta afeição erotizada, registrada nos prontuários e referida na entrevistas de avaliação pelos próprios pacientes. Esta erotização devidamente trabalhada constitui-se, ao que parece, num elemento favorável para o trabalho terapêutico, pois foram de intensidade leve, ou manejadas através de interpretações transferenciais. Convém lembrar (FREUD, 1915), que podem se constituir tais manifestações, no entanto, numa importante resistência e num risco ao trabalho terapêutico.

Já as dificuldades na relação (reações transferenciais e contratransferenciais negativas) ocorreram com mais frequência, quando paciente e terapeuta eram do mesmo sexo. A impressão dos avaliadores foi de que determinados problemas dos pacientes despertaram muita ansiedade nos terapeutas. Por exemplo, atuações sexuais (casos 9 e 14), certas inibições (casos 4, 8, 11 e 13), dependência excessiva em relação aos pais (casos 2, 4 e 11). Estas ansiedades despertadas nos psiquiatras os levaram a adotar reações consideradas antiterapêuticas. Como consequência de tais reações, os pacientes passaram a negar, evitar ou, simplesmente, afastar-se dos problemas em questão.

Uma segunda ocorrência foi a de levar o paciente a confrontar-se precocemente com defesas muito intensas, num erro do planejamento que determinou a interrupção, ou então, simplesmente, levou-os a sugerir uma alta precoce (casos 2, 9, 13, 16, 18). Parece que o fato de paciente e terapeuta serem do mesmo sexo, e

muitos casos da mesma faixa etária, favoreceu este tipo de identificação projetiva, reforçando a suposição de MOGUL, antes mencionada. Não foi estudada a possibilidade destas dificuldades serem maiores quando o par era formado por homens, ou por mulheres, questão que fica em aberto.

Estudando aspectos do terapeuta, GARFIELD e BERGIN (apud SAKINOFSKY, 1979, p.195) correlacionaram a boa evolução das terapias com boa saúde mental de seus terapeutas (que eram alunos de psicoterapia). E GOMES-SCHWARTZ (apud SAKINOFSKY, 1979, p.195), também comenta que terapeutas mais ajustados, conseguem ser mais abertos. Segundo esta autora, os terapeutas preocupados com seus próprios conflitos, tendem a projetá-los em seus clientes ou pacientes; isto é, sofrem de astigmatismo terapêutico.

SAKINOFSKY (1979, p.198), resumindo este ponto, conclui que as evidências indicam que os terapeutas mais experientes sentem-se mais confortáveis com os pacientes, mais livres e espontâneos para interpretar e relacionam-se melhor. Mas no presente trabalho, estas conclusões não podem ser inferidas, pois as ações dos psiquiatras e suas próprias pessoas não foram estudadas de forma mais direta.

#### 4.4.3 - Número de Sessões e os Resultados

Houve uma correlação positiva entre o número de sessões das psicoterapias e os resultados. Ou seja, as psicoterapias com melhores resultados tiveram um número maior de sessões do que as que obtiveram menos resultados.

Há várias razões para este fato. Em primeiro lugar a quase totalidade dos pacientes eram portadores de patologias antigas e graves, algumas das quais desde a infância precoce, o que certamente demandariam um tempo longo para serem modificadas. Ora,

é natural que naqueles casos mais intensamente trabalhados, tais problemas efetivamente tenham sido modificados.

Um segundo aspecto é que as terapias nas quais o paciente tem problemas, ou com o processo psicoterápico, ou na relação com o próprio terapeuta, tem tendência a abandonar o tratamento e, portanto, tem um número menor de sessões, como ocorreu com vários casos da presente amostra (ZANETTI, 1971, p.22; McNAIR et alii, 1963, p.341; SEEMAN, 1974, p. 486, LEVINSON et alii, 1978, p.826; CARRICONDE, 1979, p.18).

LUBORSKY et alii já em 1971 (p.171), numa extensa revisão sobre os fatores que influem nos resultados em psicoterapia, citam 21 trabalhos estudando a relação entre o número de sessões, a duração do tratamento e a evolução. A maioria destes trabalhos chegou à mesma conclusão: há uma correlação entre o número de sessões, ou a duração do tratamento, e os resultados obtidos. A presente pesquisa, mais uma vez, confirmou estes achados anteriores.

## 5. CONCLUSÕES

Na amostra pesquisada de 24 casos observou-se o seguinte:

1. Aproximadamente um terço dos pacientes (29,2%) obtiveram resultados importantes ou substanciais com a psicoterapia; um terço (33,3%) resultados parciais e os demais (37,5%) resultados mínimos ou nulos.

2. A maioria (62,5%) possuía instrução de nível superior ou eram estudantes universitários ou tinham curso concluído constituindo-se, portanto, num grupo diferenciado de pacientes, não representativo dos que procuram habitualmente o Centro Psiquiátrico Melanie Klein.

3. A qualidade da relação paciente-terapeuta foi considerada "muito boa", em 33,3% dos casos; "boa em parte", em 25,0%; e "com dificuldades importantes", em 41,7% da amostra.

4. Foi encontrada uma correlação direta e altamente significativa entre os resultados obtidos e a qualidade da relação paciente-terapeuta.

5. As psicoterapias tiveram uma evolução mais favorável quando paciente e terapeuta eram de sexos diferentes. E, inversamente, as dificuldades foram maiores e o aproveitamento menor, quando eram do mesmo sexo.

6. Foi encontrada uma correlação positiva entre os resultados das psicoterapias e o número de sessões realizadas. Em outras palavras, os resultados foram melhores naquelas psicoterapias que tiveram um número maior de sessões.

7. Foi encontrada uma correlação positiva entre os resultados das psicoterapias e a idade dos pacientes: os resultados foram melhores à medida em que aumentou a idade dos pacientes.

8. Em 16,7% dos casos foram encontradas evidências de que as dificuldades na relação paciente terapeuta ocorreram principalmente por razões dos pacientes.

9. Em 41,7% dos casos foram encontradas evidências de que ocorreram dificuldades na relação, também por parte dos terapeutas.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADLER, G. The myth of the alliance with borderline patients. Am. J. Psychiatry, 136: 642-645, 1979.
2. BENT, R.J.; PUTNAN, D.G.; KIESLER, D.J.; NOWICKI, S. Correlates of successful and unsuccessful psychotherapy. J. Consult. Clin. Psychol., 44: 149, 1976.
3. BILLINGSLEY, D. Sex bias in psychotherapy: an examination of the effects of client sex, client pathology, and therapist sex on treatment planning. J. Consult. Clin. Psychol., 45: 250-256, 1977.
4. BLOCH, S.; BOND, G.; BRANDON, Q.; YALOM, I.; ZIMMERMAN E. Outcome in psychotherapy evaluated by independent judges. Brit. J. Psychiat., 131: 410-414, 1977.
5. BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds. II - Some principles of psychotherapy. Brit. J. Psychiatr., 130: 421-431, 1977.
6. CARRICONDE, I.I.M. Alguns aspectos do abandono de tratamento. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, 1979. |Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria|.
7. DAVANLOO, H. Short-term dynamic psychotherapy. New York, Jason Aronson, 1980.

8. DAVIDSON, V. Patient attitudes toward sex of therapist: implications for psychotherapy. In: Successful Psychotherapy. New York, Claghorn J.L. Brunner/Mazel Publ., 1976.
9. EPSTEIN, L. & FEINER, A.H. Countertransference. New York, Jason Aronson, 1979.
10. FRANCES, A. & PERRY, S. Transference interpretations in focal therapy. Am. J. Psychiatry, 140:405-409, 1983.
11. FRANK, J.D. Methods of assessing the results of psychotherapy. In: PORTER, R. The role of learning in psychotherapy. London, J. & A. Churchill Ltd., 1968.
12. FRANK, J. Therapeutic components of psychotherapy - A 25 year progress report of research. J. Nerv. Ment. Dis., 159: (5): 325-342, 1974.
13. FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1969, vol.12, p.128.
14. FREUD, S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910). In: Edição Standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1970, vol. 11, p.125.
15. FREUD, S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1969, vol.12, p.161.
16. FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1969, vol.12, p.205.
17. FREUD, S. Transferência (1916). In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, vol.16, p.503.

18. FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919).  
In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, vol. 17, p.198.
19. GARDNER, G. The psychotherapeutic relationship. Psychol. Bull., 61:426-437, 1964.
20. GIOVACHINI, P.S. Countertransference with primitive mental states. In: EPSTEIN, L. & FEINER, A.H. Countertransference. New York, Jason Aronson, 1979.
21. GOI, C.D. Contribuição ao estudo da má elaboração do término de psicoterapias por parte do terapeuta. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, 1979. [Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria].
22. GOMES-SCHWARTZ, B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. J. Consult. Clin. Psychol., 46:1023-1035, 1978.
23. GREENSON, R.R. A técnica e a prática da psicanálise (1967). Rio de Janeiro, Imago, 1981, vols. 1 e 2.
24. GUNDERSON, J.G. Patient-therapist matching: a research evaluation. Am. J. Psychiatry, 135:1193-1197, 1978.
25. HEIMAN, P. On countertransference. Intern. J. Psycho-Analysis, 31:81-84, 1950.
26. HINE, F.R.; WERMAN, D.S.; SIMPSON, D.M. Effectiveness of psychotherapy: problems of research on complex phenomena. Am. J. Psychiatry, 139:204-208, 1982.
27. HORNER, A.J. Object relations and the developing ego in therapy. New York, Jason Aronson, 1982.
28. KERNBERG, O.F.; BURSTEIN, E.D.; COYNE, L.; APPELBAUM, A.; HORWITZ, L.; VOTH, H. Psychotherapy and psychoanalysis - final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bull. Menn. Clinic., 36(1 e 2), 1972.

29. KERNBERG, O.F. Supportive psychotherapy with borderline conditions. In: CAVENAR, J. and BRODIE, K.H. Critical Problems in Psychiatry. Philadelphia, Lippincott, 1972, Chapter, 8.
30. KERNBERG, O.F. Internal world and external reality; object relations theory applied. New York, Jason Aronson, 1983.
31. LANGS, R. The technique of psychoanalytic psychotherapy. New York, Jason Aronson, 1974, vol.2.
32. LANGS, R. The therapeutic interaction. New York, Jason Aronson, 1976, vols. 1 e 2.
33. LONDON, P. & KLERMAN, G.L. Evaluating psychotherapy. Am. J. Psychiatry, 139:709-717, 1982.
34. LEVINSON; P.; MC MURRAY, L.; PODELL, P.; WEINER, H. Causes for the premature interruption of psychotherapy by private practice patients. Am. J. Psychiatry, 135:826-830, 1978.
35. LUBORSKY, L.; CHANDLER, M.; AUERBACH, A.H.; COHEN, J.; BACHRACH, H.M. Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. Psychol. Bull., 75: 141-183, 1971.
36. LUBORSKY, L. Helping alliances in psychotherapy. In: Successful psychotherapy. New York, Claghorn J.L., Brunner/Mazel Publ., 1976.
37. MALAN, D.H. La Psicoterapia Breve (1963). Buenos Ayres, Centro Editor de América Latina, 1974.
38. MALAN, D.H. The outcome problem in psychotherapy research - A historical review. Arch. Gen. Psychiatry, 29:719-729, 1973.
39. MALAN, D.H. As fronteiras da Psicoterapia Breve (1976). Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
40. MARZIALI, E.; MARMAR, C.; KRUPNICK, J. Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. Am. J. Psychiatry, 138:361-364, 1981.

41. MARZIALI, E. Psychotherapy practice and research: the interface. Can. J. Psychiatry, 27:218-220, 1982.
42. McNAIR, D.M.; LORR, M.; CALLAHAN, D.M. Patient and therapist influences in quitting psychotherapy. J. Consult. Clin. Psychol., 27:10-17, 1963.
43. MOGUL, K.M. Overview: the sex of the therapist. Am. J. Psychiatry, 139:1-11, 1982.
44. ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I. The relation of process to outcome in psychotherapy. In: GARFIELD, S.L. & BERGIN, A. E. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. An Empirical Analysis. 2nd. Ed. New York, John Wiley & Sons, 1978.
45. ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I. The good therapy hour. Arch. Gen. Psychiatry, 16:621-632, 1967.
46. PARLOFF, M.F. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: bambi meets Godsilla. Am. J. Psychiatry, 139:718-727, 1982.
47. RACKER, H. Estudos sobre técnica psicanalítica - Estudos V e VI (1948). Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
48. RYAN, V.L. & GIZYNSKI, M. Behavior therapy in retrospect: patient's feelings about their behaviour therapies. J. Cons. Clin. Psychol., 37:1-9, 1971.
49. SAKINOFSKY, I. Evaluating the competence of psychotherapists. Can. J. Psychiatry, 24:193-205, 1979.
50. SALTZMAN, C.; LUETGERT, M.J.; ROTH, C.H.; CREASER, J.; HOWARD, L. Formation of a therapeutic relationship: experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. J. Consult. Clin. Psychol., 44:546-555, 1976.
51. SAPOLSKY, A. Relationship between patient-doctor compatibility, mutual perception and outcome of treatment. J. Abnormal Social Psychol., 70:70-76, 1965.

52. SCHESTATSKY, S.S. & ESCOBAR, S.F. Contribuição ao estudo da interpretação transferencial em psicoterapia breve. Rev. Psiq. RGS., 5(2):130-134, 1983.
53. SEEMAN, M.V. Patients who abandon psychotherapy. Arch. Gen. Psychiatry, 60:486-491, 1974.
54. SEGAL, H. A obra de Hanna Segal (1981). Rio de Janeiro, Imago, 1983.
55. SELTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S.W. Métodos de pesquisa nas relações sociais (1960). São Paulo, Editora Universidade de São Paulo, 1975.
56. SIEGEL, S. Nonparametrics statistics for the behavioral sciences. Tokyo, McGraw Hill Book, 1956.
57. SIFNEOS, P.E. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge, Harvard University Press, 1972.
58. SIFNEOS, P.E. Short-term dynamic psychotherapy evaluation and technique. New York, Plenum Medical Book, 1979.
59. STRUPP, H.H. Psychotherapy: clinical research and theoretical issues. New York, Jason Aronson, 1973.
60. STRUPP, H.H. The outcome of psychotherapy: a critical assessment of issues and trends. In: CAVENAR J. and BRODIE, K.H. Critical Problems in Psychiatry. Philadelphia, Lippincott, - Chapter 1982.
61. STRUPP, H.H. & HADLEY, S. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy - A controlled study of outcome. Arch. Gen. Psychiatry, 36:1125-1136, 1979.
62. TARACHOW, S. An introduction to psychotherapy. New York, International Universities Press, 1963.
63. TRUAX, C.B. & CARKHUFF, R.R. Toward effective counseling and psychotherapy. New York, Aldine, 1979.



64. WEDDINGTON, W.W. & CAVENAR, J.O. Termination initiated by the therapist: A countertransference storm. Am. J. Psychiatry, 136:1302-1305, 1979.
65. WINNICOTT, D.W. Variedades clínicas da transferência (1955). In: Da Pediatria à Psicanálise; Textos Selecionados. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
66. WINNICOTT, D.W. The theory of the parent-infant relationship. Inter. J. Psycho-Analysis., 41:585-595, 1960.
67. ZANETTI, L.C. Abandono em psicoterapia. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, 1971. |Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria|.
68. ZIMMERMANN, D. Indicações e contra-indicações da psicoterapia analítica de grupo; estudo e sistematização dos fatores. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1975. |Tese de Livre Docência|.
69. ZIMMERMANN, D. Analisabilidade em relação à psicopatologia precoce. Rev. Bras. Psicanál., 16:197-221, 1982.

ANEXO 1

---

D A D O S   D O S   P A C I E N T E S

## DADOS DOS PACIENTES

Caso	Idade	Sexo	Grau de Instrução	Terapeuta		Terapia		Pontuações	
				Código	Sexo	Tempo (meses)	Nº de Sessões	Resultados	Relação Pac./Ter.
1	42	F	Univ.	3	M	5,5	20	4,5	4,5
2	23	F	Univ.Inc.	2	F	3	26	2,5	2
3	39	F	Univ.	3	M	4	16	4,5	4,5
4	34	F	Univ.Inc.	7	F	2	15	2	2
5	51	F	Prim.Inc.	5	M	4	30	3	5
6	42	F	Univ.	6	F	9	23	2,5	3
7	26	F	Univ.	7	F	2	10	2	1,5
8	33	M	2ºGrau	4	M	2,5	20	1	1
9	29	F	Univ.Inc.	7	F	3	17	1,5	2
10	29	F	2ºGrau	8	M	6	36	5	5
11	19	F	2ºGr.Inc.	1	F	2,5	14	2	2
12	18	F	1ºGr.Inc.	7	F	3,5	20	1	1
13	21	M	Univ.Inc.	4	M	2,5	18	2	1
14	26	F	Univ.Inc.	9	F	7	33	2,5	3
15	26	F	Univ.Inc.	5	M	8,5	27	4,5	4
16	19	M	2ºGr.Inc.	4	M	3,5	22	2,5	3
17	43	F	2ºGrau	6	F	6	10	3	4,5
18	36	M	Univ.	7	F	3	18	1	2
19	29	M	1ºGrau	7	F	6	22	4,5	4,5
20	20	F	Univ.Inc.	5	M	5,5	43	5	3,5
21	36	F	Univ.Inc.	1	F	3	20	3,5	2,5
22	28	F	Univ.	7	F	7	37	4,5	5
23	21	F	Univ.Inc.	1	F	2	20	3,5	3
24	19	F	1ºGrau	8	M	2	39	1	1

A N E X O 2

---

PACIENTES COM MODIFICAÇÕES SUBSTANCIAIS

Q U A D R O I - PACIENTES COM RESULTADOS IMPORTANTES OU SUBSTANCIAIS

Caso	Características do Paciente, do Terapeuta e da Terapia	Sintomas, Problemas e Diagnóstico	Evolução	A Relação com o Terapeuta
1	<p>Paciente - Sexo F. 42 anos, advogado. Terapeuta - Sexo M. Terapia: predominantemente de apoio e em parte de "insight" sobre as dificuldades atuais. Deliberadamente o terapeuta evitou de tocar em problemas antigos. 20 sessões, 5 meses e meio.</p>	<p>Muito deprimida e ansiosa pois vivia com um companheiro há 10 anos, submetendo-se a maus tratos e infidelidades. Pretendia separar mas não o conseguia. Era separada do 1º casamento. Muito ligada ao pai, tinha rivalidade com a mãe. Reação depressiva neurótica. Transtorno de personalidade.</p>	<p>Um ano e dez meses depois. A depressão e ansiedade haviam desaparecido. Conseguiu separar durante a terapia. Iniciara uma nova relação com um novo companheiro bem mais satisfatória. Percebia melhor como se submetia e se desvalorizava. Pontuação: 4,5.</p>	<p>Desenvolveu um vínculo intenso com o terapeuta, com erotização. Dificuldades em se separar. Por ocasião da avaliação sentia-se muito grata a ele. Pontuação: 4,5.</p>
3	<p>Paciente - Sexo F. 39 anos, professora de 2º grau. Terapeuta - Sexo M. Terapia: predominantemente de apoio e sugestiva, com algum "insight" sobre as dificuldades (defesas) atuais (submissão em relação ao marido, desvalorização). 16 sessões, 2 meses.</p>	<p>Depressão e ansiedade intensas desde que engravidara. Era hipertensa e tivera 5 abortamentos anteriores. Os médicos haviam desaconselhado nova gravidez. Tinha problemas com o marido, sentindo-se desvalorizada por não poder lhe dar um filho. Muito dependente da mãe até os 30 anos. Reação depressiva neurótica.</p>	<p>Dois anos depois: os sintomas haviam desaparecido. Engravidara uma vez mais, mas depois libertaria adotar pois se conformara em não poder engravidar. Mudara muito com o marido, perante o qual se sentia valorizada. Havia cessado as brigas com ele. Pontuação: 4,5.</p>	<p>Trabalhou intensamente nas sessões, aproveitando as "lições" do terapeuta, pondo-as em prática. Gostou muito dele, guardava até suas palavras. Sentia-se muito grata. Referiu que o vira apenas como um profissional. Pontuação: 4,5.</p>
10	<p>Paciente - Sexo F. 29 anos, 2º Grau. Funcionária pública. Terapeuta - Sexo M. Terapia: predominantemente de "insight" sobre suas dificuldades atuais e passadas (com o pai), dependência em relação à mãe, dificuldades de se separar. 36 sessões, 6 meses.</p>	<p>Depressão intensa há vários meses. Não conseguia levar adiante uma relação heterossexual. Envolvimento com pessoas inadequadas. Não conseguia se separar dos pais, tinha sentimentos agressivos intensos para com o pai que era uma figura apagada. Reação depressiva neurótica. Personalidade com características obsessivo-compulsivas.</p>	<p>Um ano e 8 meses depois: Os sintomas haviam desaparecido por completo separara-se dos pais, diminuiu a raiva do pai. Durante a terapia conheceu uma pessoa "boa", com quem se casara. Sentia-se muito feliz, estava grávida, desejando muito o filho. Pontuação: 5.</p>	<p>Teve uma relação muito boa com o terapeuta. Jamais havia confiado tantas coisas e tão intimas a uma pessoa. Pustudo em cima da mesa, sem reservas. Chorei muito e senti muita raiva. Mas acima de tudo do houve uma grande afinidade... Pontuação: 5.</p>



(Conclusão)

Caso	Características do Paciente, do Terapeuta e da Terapia	Sintomas, Problemas e Diagnóstico	Evolução	A Relação com o Terapeuta
15	<p>Paciente - Sexo F. 26 anos, 2º Grau. Recepcionista.</p> <p>Terapeuta - Sexo M. Terapia: predominantemente de "insight" sobre os problemas atuais com o marido e passados (com o pai). 27 sessões, 8,5 meses.</p>	<p>Ansiedade e depressão intensas, ligadas às dificuldades de engravidar. Caiu de marido por este ser uma pessoa omissa. Problemas com o pai que era alcoolista. Muito dependente da mãe. Reação de ansiedade.</p>	<p>Um ano e oito meses depois. Os sintomas haviam desaparecido quase totalmente. Engravidou durante a terapia. Mas depois que o terapeuta a orientara sob a forma de manter relações. Sentia-se bem com o marido e aceitava muito melhor o pai. Sentia-se muito bem com a filha. Pontuação: 4,5.</p>	<p>Foi muito boa. Envolveu-se, chorou muito e sentiu-se apoiada. "Apaixonou-se" pelo terapeuta, o que foi tratado na terapia. Mas interrompeu a terapia, pois as sessões a mobilizavam muito e tinha medo de prejudicar o bebê. Pontuação: 4.</p>
19.	<p>Paciente - Sexo M. 29 anos, 1º Grau. Mecânico.</p> <p>Terapeuta - Sexo F. Terapia: predominantemente de "insight" sobre seus problemas atuais e passados (dependência em relação à esposa, ciúmes em relação à filha, e dificuldades com os pais). 22 sessões, 6 meses.</p>	<p>Ansiedade intensa. Dificuldades sexuais e conflitos com a esposa desde que nasceu a filha há 4 anos. A esposa era bem mais velha, e ele sempre fora muito dependente dela. Tinha pouca "cola" da mãe. Reação de ansiedade em Personalidade Obsessivo-Compulsiva.</p>	<p>Um ano e 10 meses depois. Desapareceram os sintomas e as dificuldades sexuais. Estava bem com a esposa e assumindo bem mais os filhos. "Amadurecera". Entendeu que tinha que renunciar ao "colo". Pontuação: 4,5.</p>	<p>Ligou-se muito à terapeuta, pela qual chegou, em determinado momento a "apaixonar-se". Mas isto foi tratado e entendeu que era apenas sua médica. Sentiu muito a alta. Pontuação: 4,5.</p>
20	<p>Paciente - Sexo F. 20 anos, estudante universitária.</p> <p>Terapeuta - Sexo M. Terapia: predominantemente de "insight", sobre suas dificuldades com os namorados, rivalidades com a mãe e ligação com o pai. Duração 5,5 meses, 43 sessões.</p>	<p>Ansiedade intensa. Dificuldades nos estudos. Não conseguia levar adiante um namoro. Conflitos intensos com a mãe. Dificuldades de se separar do pai. Não conseguia ter relações sexuais. Reação de ansiedade.</p>	<p>Um ano e 8 meses depois. Desapareceram os sintomas. Ia bem nos estudos. Tivera suas primeiras relações durante a terapia. Estava levando adiante de uma forma bem mais satisfatória um namoro. Diminuiu muito a competição com a mãe e entendeu que "o pai era o marido da mãe". Pontuação: 4,5.</p>	<p>Teve um envolvimento intenso com o terapeuta pelo qual apaixonou-se, o que foi tratado. Identificou muito o terapeuta. Dificuldades em se separar. Pontuação: 3,5</p>
22	<p>Paciente - Sexo F. 28 anos, engenheira.</p> <p>Terapeuta - Sexo F. Terapia: predominantemente compreensiva de suas dificuldades passadas (o intenso envolvimento com o pai, que já era falecido). 7 meses, 37 sessões.</p>	<p>Muito ansiosa e deprimida, desde que se separara há 7 meses. Dificuldades em levar adiante um novo relacionamento. Tivera uma ligação muito intensa com o pai, e "casara" para se separar". Muito dependente da mãe e do ex-marido. Muito submissa. Reação depressiva neurótica. Transtorno de personalidade.</p>	<p>Um ano e 8 meses depois. Os sintomas haviam desaparecido. Bem mais segura e menos dependente. Encerrara uma relação inadequada e iniciara uma nova, mas ainda com muitas dúvidas. Por isso, voltara a tratar-se, mas não se entendera com o novo terapeuta. Pontuação: 4,5.</p>	<p>Ligou-se muito à terapeuta pela qual se sentiu muito ajudada, especialmente para se compreender. Sentiu muito a alta. Pontuação: 5.</p>

A N E X O 3

---

PACIENTES COM MODIFICAÇÕES PARCIAIS

Q U A D R O 2 - P A C I E N T E S C O M R E S U L T A D O S P A R C I A I S

Caso	Características do Paciente, do Terapeuta e da Terapia	Sintomas, Problemas e Diagnóstico	Evolução	A Relação com o Terapeuta
2	<p><u>Paciente</u> - Sexo F. 23 anos, estudante universitária.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo F. Terapia: tentativa de psicoterapia compreensiva, que não foi bem aceita pela paciente. 26 sessões, 5 meses e meio.</p>	<p>Muito triste e desanimada há vários anos. Desde a adolescência conflitos intensos com o pai que faleceu há 4 anos. Muito isolada e agressiva com as pessoas. Nunca conseguira gostar de ninguém. Nenhuma experiência sexual. Estava indo mal nos estudos. Reação depressiva em personalidade paranoide.</p>	<p>Um ano e 5 meses depois. Discreta melhora nos sintomas e no relacionamento social. Nenhum envolvimento afetivo. Melhora nos estudos. Voltou a tratar-se. Pontuação: 2,5.</p>	<p>Envolveu-se inicialmente com a terapeuta e a terapia. Mas discordou da linha adotada pela terapeuta. Estes desacordos e discussões se acentuaram por ocasião da alta que foi um tanto precipitada por parte da terapeuta. Pontuação: 2</p>
5	<p><u>Paciente</u> - Sexo F. 51 anos, 1º Grau. Relações Públicas.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo M. Terapia: predominantemente de apoio sobre as dificuldades atuais. O terapeuta tentou examinar seus sentimentos agressivos e a relação com a mãe, mas a paciente não aceitou. 30 sessões, 3 meses.</p>	<p>Muito deprimida desde que foi acometida há 2 anos de uma diarreia crônica (doença de Crohn). Agressiva com os filhos. Muito ligada ao pai, nunca se ligou com a mãe. Reação depressiva secundária a doença orgânica.</p>	<p>Um ano e 5 meses depois. Diminuiu muito a depressão. Estava aceitando melhor a doença orgânica. Melhorou com os filhos mas não modificou a relação com a mãe. Pontuação: 3.</p>	<p>Ligou-se muito ao terapeuta de quem gostou e por quem se sentiu aceita. Tiveram discordâncias que foram resolvidas na terapia. Pontuação: 5.</p>
6	<p><u>Paciente</u> - Sexo F. 42 anos, professora de nível universitário.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo F. Terapia: predominantemente de apoio e repressiva. Evitaram-se problemas mais antigos, como as dificuldades com o pai. 23 sessões, 9 meses.</p>	<p>Agressividade intensa com os filhos e o marido desde que engravidara. Nunca tivera orgasmo nas relações. Muito dependente da mãe. Raiva intensa do pai, que sempre sentira como ausente. Neurose fóbica em personalidade histerica.</p>	<p>Um ano e meio depois. Melhorou em parte dos sintomas fóbicos. Diminuiu muito a agressividade com os filhos e marido. Inalteradas as dificuldades sexuais. Voltou a tratar-se com a mesma terapeuta. Pontuação: 2,5.</p>	<p>No início não simpatizou com a terapeuta, que achava "desligada", ausente e muito dura. Mas, depois, releveu tais sentimentos e ligou-se muito a ela de quem "não queria separar-se...". Pontuação: 3.</p>
14	<p><u>Paciente</u> - Sexo F. 26 anos, representante comercial, estudante universitária.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo F. Terapia: predominantemente repressiva; estimulando a paciente a evitar os problemas, com escassa compreensão. 7 meses, 35 sessões.</p>	<p>Crisis frequentes de ansiedade. Medo de andar de avião. Não conseguia levar adiante um relacionamento amoroso, envolvendo-se sistematicamente com pessoas inadequadas. Muito dependente da mãe. Dificuldades sérias com o pai, que sempre tivera amantes. Neurose fóbica e transtorno de personalidade.</p>	<p>Um ano e oito meses depois. Diminuiu a ansiedade pois deixara de envolver-se com pessoas inadequadas. Os demais problemas inalterados. Pontuação: 2,5.</p>	<p>Estabeleceu uma relação de muita dependência com a terapeuta, que estimulou suas técnicas fóbicas; de evitar os problemas, chegando com isso a terapia, a uma estagnação. Pontuação: 3</p>

(conclusão)

Caso	Características do Paciente, do Terapeuta e da Terapia	Sintomas, Problemas e Diagnóstico	Evolução	Da Relação com o Terapeuta
16	<p>Paciente - Sexo F. 19 anos, 2º Grau. Balconista.</p> <p>Terapeuta -Sexo M. Terapia: tentativa de compreensão não aceita pelo paciente. Predominantemente de apoio e sugestiva. 22 sessões, 3 meses e meio.</p>	<p>Muito isolado e tímido. Deixava-se explorar pelas pessoas. Nunca namorara. Raras experiências sexuais. Dependente dos pais. Roda em várias vezes na escola. Transtorno de personalidade. Provável retardo mental.</p>	<p>Um ano e sete meses depois. Melhorara um pouco nas relações interpessoais. Todos os demais problemas seguíam inalterados. Pontuação: 2,5.</p>	<p>Gostou muito do terapeuta de quem levou muito a sério e guardou os conselhos. O terapeuta lhe dava "coragem" para ir em frente. Pontuação: 3.</p>
17	<p>Paciente - Sexo F. 43 anos, 2º Grau. Funcionária pública.</p> <p>Terapeuta -Sexo F. Terapia: predominantemente sugestiva com alguma compreensão sobre os problemas atuais. 10 sessões, 6 meses.</p>	<p>Angústia e depressão intensas desde que decidiu se separar, há alguns meses. Problemas com o marido há vários anos. Sempre fora muito dependente da mãe. Muito submissa ao marido. Reação depressiva neurótica e transtorno de personalidade.</p>	<p>Um ano e dez meses depois. Separara-se do marido durante a terapia, embora depois tivesse voltado para ele. Não se finalmente separara em definitivo. Desapareceram os sintomas. Sentia-se um pouco melhorizada. Pontuação: 3.</p>	<p>Ligou-se muito à terapeuta pela qual se sentiu muito apoiada. Voltou a procurá-la depois da alta. Não foram exploradas suas dificuldades mais antigas. Pontuação: 4,5.</p>
21	<p>Paciente - Sexo F. 36 anos, funcionária pública, universitário incompleto.</p> <p>Terapeuta -Sexo F. Terapia: em parte compreensiva e em parte estimulando a paciente a negar seus problemas. 20 sessões, 3 meses.</p>	<p>Muito agressiva com os filhos. Há 8 anos manteve um relacionamento paralelo ao casamento. Resentimentos muito intensos para com os pais. Personalidade histerica.</p>	<p>Dois anos depois. Melhorara muito com os filhos, mas não resolveu o problema conjugal. Sentia-se conflituada por isso e voltara a tratar-se. Pontuação: 3,5.</p>	<p>Gostou muito da terapeuta que a ajudou no problema com os filhos. Mas não a ajudou quando sugeriu-lhe que poderia viver bem com o duplo relacionamento. Por isso procurou outra pessoa. Pontuação: 2,5</p>
25	<p>Paciente - Sexo F. 21 anos, estudante universitária, secretária.</p> <p>Terapeuta -Sexo F. Terapia: predominantemente compreensiva sobre os sentimentos atuais. Em parte apoio. Mas ao final a própria paciente sugeriu a alta precoce. 20 sessões, 2 meses.</p>	<p>Depressão muito intensa desde que os pais haviam se separado. Há uns 5 meses o namorado a abandonara. Isolara-se muito das pessoas. Dificuldades em envolver-se novamente. Tendência a desvalorizar-se e a culpar-se. Reação depressiva neurótica. Transtornos de personalidade.</p>	<p>Um ano e dez meses depois. Bem menos deprimida. Estava conduzindo melhor um novo relacionamento. Mas ainda desvalorizava-se e culpava-se muito. Pretendia voltar a tratar-se. Pontuação: 3,5.</p>	<p>Gostou muito da terapeuta. Mas manteve-se ambivalente em relação à terapia, tanto que sugeriu ter alta um pouco precocemente "pois ficava muito chocada com o local". Pontuação: 3.</p>

A N E X O 4

---

PACIENTES SEM MODIFICAÇÕES  
OU  
COM MODIFICAÇÕES MÍNIMAS

QUADRO 3 - PACIENTES COM RESULTADOS MÍNIMOS OU NULOS

Caso	Características do Paciente, do Terapeuta e da Terapia	Sintomas, Problemas e Diagnóstico	Evolução	Da Relação com o Terapeuta
4	<p>Paciente - Sexo F. 34 anos, estudante universitária e professora.</p> <p>Terapeuta - Sexo F. Terapia: a terapeuta tentou explorar os sentimentos da paciente em relação à mãe, encontrando forte resistência a isto. 15 sessões, 2 meses.</p>	<p>Depressão e angústia há vários meses. Dificuldades com o namorado, no qual não confiava. Nunca manteve relações sexuais. Era muito rígida e severa consigo mesma e muito dependente da mãe.</p> <p>Reação depressiva em personalidade obsessivo-compulsiva.</p>	<p>Um ano e seis meses depois. Melhora leve nos sintomas. Os demais problemas continuavam inalterados. Pontuação: 2.</p>	<p>Fez uma ligação inicial boa com a terapeuta. Mas esta tomou uma linha assinalando os sentimentos agressivos para com a mãe que a paciente não aceitou. Com a discordância ficava muito ansiosa nas sessões terminando por interromper. Pontuação: 2</p>
7	<p>Paciente - Sexo F. 26 anos, engenheira.</p> <p>Terapeuta - Sexo F. Terapia: a terapeuta tentou explorar os sentimentos da paciente em relação ao marido e o casamento, mas esta abordagem não foi aceita pela paciente. 10 sessões, 2 meses.</p>	<p>Deprimida e confusa em relação a sua situação conjugal, desde que o marido tivera um segundo episódio psicótico. Sempre fora muito rígida consigo. Reação de ansiedade.</p>	<p>Um ano e nove meses depois. Estava bem com o marido porque este havia melhorado. Aceitava um pouco mais seus sentimentos de raiva. Pontuação: 2.</p>	<p>Não foi boa. Não simpatizou com a terapeuta e nem se entenderam. Não lembra sequer o nome. Não conseguiu abrir-se e não a sentiu amiga. Abandonou na décima (10a.) sessão, discorrendo das idéias da terapeuta. Pontuação: 1,5.</p>
8	<p>Paciente - Sexo M. 33 anos, técnico em contabilidade, desempregado e morando com a mãe de quem depende.</p> <p>Terapeuta - Sexo M. Terapia: tentativa de compreensão, que não foi aceita pelo paciente. 20 sessões, 2 meses.</p>	<p>Muito tímido, inseguro. Não conseguia manter-se nos empregos. Não conseguia levar adiante um relacionamento amoroso. Totalmente dependente da mãe. Perdera o pai na adolescência. Era muito ligado a ele. Tinha muita dificuldade em tomar decisões. Transtorno de personalidade.</p>	<p>Um ano e meio depois. Basicamente inalterado. Seguiu desempregado, dependente da mãe, sem tomar decisões e sem relacionamentos. Pontuação: 1.</p>	<p>Foi muito pessoal. Não lembrava o nome. Não conseguia expressar suas discordâncias e "conformou-se", quando o médico lhe disse que deveria interromper. Pontuação: 1.</p>
9	<p>Paciente - Sexo F. 29 anos, professora universitária.</p> <p>Terapeuta - Sexo F. Terapia: predominantemente repressiva. Tentativa de compreensão não aceita. 17 sessões, 3 meses.</p>	<p>Muito ansiosa e deprimida. Desde que tivera uma briga mais séria com o marido, vinha mantendo relações sexuais com vários homens "para ver se conseguia ser mulher...". Problemas com o marido há vários anos. Inibição sexualmente. Nunca se dera com a mãe. Reação depressiva neurótica em personalidade histérica.</p>	<p>Um ano e meio depois. Um pouco menos deprimida. As atuações seguiram depois da terapia. Cessaram, recentemente, porque o marido melhorou. Ainda com dificuldades sexuais. Pontuação: 2.</p>	<p>Foi muito ruim. Não se entendiam. Predominaram discussões. Ressentimentos por ocasião da avaliação. A terapeuta decidiu encerrar unilateralmente a terapia. Pontuação: 2.</p>

(conclusão)

Caso	Características do Paciente, do Terapeuta e da Terapia	Sintomas, Problemas e Diagnóstico	Evolução	Da Relação com o Terapeuta
11.	<p><u>Paciente</u> - Sexo F. 19 anos, balconista, 1º Grau incompleto.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo F. Terapia: a terapeuta tentou de saída abordar as inibições sexuais da paciente, encontrando forte resistência. Não tocou na dependência da mãe. 14 sessões, 2 meses e meio.</p>	<p>Depressão intensa há um ano. Muito tímida e inibida com rapazes. Nunca namorara nem tivera experiências sexuais. Era muito dependente da mãe e muito ligada à religião. Teste depressiva neurótica. Personalidade esquizoide.</p>	<p>Um ano e dois meses depois. Continuava inibida. Seguiu ainda muito dependente da mãe. Mas iniciou um namoro há 6 meses. Pontuação: 2.</p>	<p>Ligou-se à terapeuta, mas não se sentiu compreendida. Discordou da terapeuta quando esta quis "liberá-la" sexualmente. Sentiu muito pena forma abrupta como foi dada a alta. Pontuação: 2.</p>
12	<p><u>Paciente</u> - Sexo F. 18 anos, estudante do 1º Grau, residindo com a mãe.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo F. Terapia: a terapeuta tentou de várias formas chegar aos sentimentos da paciente, mas esta se manteve todo tempo impermeável. 20 sessões, 3 meses e meio.</p>	<p>Tentara suicídio há 15 dias, quando a mãe trouxe para casa um novo companheiro. Não conheceu o pai. Não tinha amigos. Nunca namorara, era muito dependente da mãe. Provável personalidade "borderline".</p>	<p>Um ano e dez meses depois. Continuavam inalterados. Pontuação: 1.</p>	<p>Não fez nenhuma ligação com a terapeuta. Não lembrou o nome. Sugeriu que estava melhor para ter alta. Pontuação: 1.</p>
13	<p><u>Paciente</u> - Sexo M. 21 anos, estudante universitário.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo M. Terapia: basicamente sugestiva, evitando deliberadamente abordar as dificuldades mais antigas. 18 sessões, 2 meses e meio.</p>	<p>Muito inibido nas relações interpessoais. Nunca namorou e nunca mantivera uma relação sexual. Dedicava-se demasiadamente aos estudos, sempre sentira os pais muito distantes e tinha muitos ressentimentos por isso. Especialmente com o pai. Personalidade esquizoide.</p>	<p>Dois anos e um mês depois. Estava um pouco menos tímido. Iniciara um namoro mas não conseguira manter uma relação sexual, apesar das insistências da namorada. Pretendia voltar a trabalhar-se com outra terapeuta. Pontuação: 2.</p>	<p>Foi muito ruim. Não lembra o nome. Sentiu clara hostilidade pelo terapeuta pois lhe parecia que seus problemas não o interessavam. Tentou falar de seus problemas antigos, mas o terapeuta não aceitou. Pontuação: 1</p>
18	<p><u>Paciente</u> - Sexo M. 36 anos, jornalista e filósofo, funcionário público.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo F. Terapia: tentativa de compreensão dos problemas atuais e passados (com o pai), aceita em parte apenas, pelo paciente. 18 sessões, 3 meses.</p>	<p>Dificuldades com a esposa e o filho. Indefinição profissional. Tivera uma relação muito ruim com o pai de quem guardava muitos ressentimentos. Tinha poucos amigos, dedicando-se demasiadamente aos livros. Personalidade obsessivo-compulsiva.</p>	<p>Um ano e sete meses depois. Tivera alguma visão de seus problemas, mas estes seguiam inalterados. Não se definiu profissionalmente. Tinha grandes conflitos com a esposa de quem estava por se separar. Pontuação: 2.</p>	<p>Achou a terapeuta interessante, mas não aceitou "os esquemas teóricos nos quais tentou enquadrá-lo". Sentiu-a pouco afetiva. Sentiu-se "enganado" quando ela lhe propôs alta, no meio da terapia. Pontuação: 2.</p>
24	<p><u>Paciente</u> - Sexo F. 19 anos, 1º Grau, candidata a freira.</p> <p><u>Terapeuta</u> - Sexo M. Terapia: o terapeuta tentou explorar os sentimentos da paciente de várias formas, mas encontrou sempre forte resistência. Duas sessões, 8 meses.</p>	<p>Sentia cansaço e solidão, que acreditava serem devidos a uma doença física. Na época as responsáveis haviam lhe comunicado que não tinha condições para ser freira. Sempre fora muito isolada. Nunca se interessou por rapazes. O pai é doente mental. Personalidade esquizoide.</p>	<p>Um ano e dez meses depois. Os sintomas continuavam inalterados. Estava morando numa casa paroquial. Evitava o contato com rapazes. Sentia-se satisfeita em trabalhar para os outros. Achava que a terapia nada modificara em sua vida. Pontuação: 1.</p>	<p>Não lembrava o nome do terapeuta. Apesar de não sentir necessidade de discordar dos pontos de vista continuou muito tempo com parecendo às sessões. Pontuação: 1.</p>

A N E X O 5

---

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS  
DO PRONTUÁRIO

## COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

## - ROTEIRO -

- 1 - Número do prontuário, código do médico, número do caso, sexo do médico, data de início e término da terapia, número de entrevistas, duração.
- 2 - Dados de identidade do paciente.  
Sexo, idade, estado civil e situação conjugal, profissão e se exerce ou não, grau de instrução.
- 3 - Motivos da procura do tratamento e como buscou a terapia.
- 4 - Resumo da história:
  - 4.1 - problema atual;
  - 4.2 - dados relevantes sobre a família atual e de origem. Especialmente perdas, separações;
  - 4.3 - desenvolvimento e personalidade prévia. Crises anteriores e outros fatos relevantes.
- 5 - Diagnóstico nosográfico.
- 6 - Sintomas, ou problemas.
- 7 - Resumo da psicoterapia:
  - 7.1 - diagnóstico psicodinâmico do terapeuta;
  - 7.2 - objetivos ou focos escolhidos;
  - 7.3 - objetivos ou focos efetivamente tratados durante a terapia. Reações dos pacientes aos temas tratados. Outros temas que ocorreram. Como foram tratados os problemas;
  - 7.4 - como foi a alta. O término foi brusco ou não, de quem foi a iniciativa, reações do paciente. Se o terapeuta fez ou não interpretações dos sentimentos despertados pela alta;
  - 7.5 - a relação com o terapeuta: pontualidade e assiduidade, respostas às intervenções, reações transferenciais e em que altura do tratamento ocorreram. Por ocasião da alta: manifestações explícitas ou deslocadas de pesar ou gratidão, desejo de voltar ou não. Atitude predominante durante a terapia: de confiança ou distanciamento, de dependência ou submissão, de aceitação ou rechaço das interpretações. Expectativas realísticas ou não;
  - 7.6 - aspectos contratransferenciais observáveis no prontuário por parte do terapeuta: atitude de aceitação, tolerância, ou de dureza, crítica, acusatória, pressa em dar alta, dificuldade em ver determinados temas.

A N E X O 6

---

ROTEIRO DAS DISCUSSÕES CLÍNICAS  
DOS CASOS

## DISCUSSÃO CLÍNICA DE CASO

## - ROTEIRO -

1. QUAL ERA O PROBLEMA DO PACIENTE (formulação dinâmica simplificada).
2. QUAL FOI O TIPO DE TERAPIA DESENVOLVIDA E QUE PROCESSO OCORREU.
3. QUAIS AS MODIFICAÇÕES OBSERVADAS.
4. QUAL O PAPEL DA TERAPIA NAS MUDANÇAS OBSERVADAS.
5. COMO FOI A RELAÇÃO PACIENTE-TERAPEUTA.
  - a) Aspectos do Paciente.
  - b) Aspectos do Terapeuta.
6. POSSÍVEL INFLUÊNCIA DA RELAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO TERAPIA:

A N E X O 7

---

PONTUAÇÃO DOS AVALIADORES;  
RESULTADOS E QUALIDADE DA  
RELAÇÃO PACIENTE-TERAPEUTA

## RESULTADOS E QUALIDADE DA RELAÇÃO PACIENTE-TERAPEUTA

Casos	Resultados			Qualidade da Relação		
	Avaliadores		Média	Avaliadores		Média
	1	2		3	4	
1	4	5	4,5	5	4	4,5
2	2	3	2,5	2	2	2,0
3	5	4	4,5	4	5	4,5
4	2	2	2,0	2	2	2,0
5	3	3	3,0	5	5	5,0
6	3	2	2,5	3	3	3,0
7	2	2	2,0	1	2	1,5
8	1	1	1,0	1	1	1,0
9	1	2	1,5	2	2	2,0
10	5	5	5,0	5	5	5,0
11	2	2	2,0	2	2	2,0
12	1	1	1,0	1	1	1,0
13	2	2	2,0	1	1	1,0
14	3	2	2,5	3	3	3,0
15	4	5	4,5	4	4	4,0
16	2	3	2,5	3	3	3,0
17	3	3	3,0	4	5	4,5
18	1	1	1,0	2	2	2,0
19	4	5	4,5	5	4	4,5
20	5	5	5,0	4	3	3,5
21	4	3	3,5	3	2	2,5
22	5	4	4,5	5	5	5,0
23	3	4	3,5	4	2	3,0
24	1	1	1,0	1	1	1,0