

Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Mestrado em Psicologia Clínica  
Linha de Pesquisa: Estados Psicológicos e Abordagens Psicoterápicas

**Maria Cristina Vieweger de Mattos**

**Refletindo sobre o abandono terapêutico: Um estudo sobre avaliação de processo  
em psicoterapia psicanalítica na adolescência**

Orientadora:

Prof. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo, Julho de 2015

**MARIA CRISTINA VIEWEGER DE MATTOS**

**Refletindo sobre o abandono terapêutico: Um estudo sobre avaliação de processo  
em psicoterapia psicanalítica na adolescência**

Dissertação apresentada como exigência  
para a obtenção do título de Mestre em  
Psicologia Clínica do Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da Universidade  
do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora:

Prof. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo, julho de 2015

M435r Mattos, Maria Cristina Vieweger de.

Refletindo sobre o abandono terapêutico : um estudo sobre avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica na adolescência / Maria Cristina Vieweger de Mattos. – 2015.

120 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2015.

“Prof. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti.”

1. Abandono. 2. Adolescente. 3. Psicoterapia psicanalítica. 4. Avaliação de Processos. 5. Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ). I. Título.

CDU: 159.9

Catálogo na Publicação:

Bibliotecário Alessandro Dietrich - CRB 10/2338

Aos pacientes que, no sentido mais amplo do termo, envolvem aqueles que frequentam nossos consultórios analíticos em busca de reestruturação emocional e, especialmente, ao meu filho Francisco, que no momento mais relevante do seu desenvolvimento emocional, pode ser paciente e tolerar minhas ausências.

## **Agradecimentos**

A realização desta dissertação envolve, assim como no processo estudado, distintas etapas na vida pessoal da pesquisadora. A simultaneidade da elaboração desta dissertação com o brotar da maternidade tornaram este mestrado um grande desafio. Hoje, terminada esta trajetória, os recompensadores conhecimentos adquiridos e a reafirmação de vínculos estabelecidos justificam tantas renúncias.

A caminhada foi guiada pela minha perspicaz orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Pereira da Cruz Benetti, que com seus conhecimentos, ampliou meus horizontes profissionais e com seu carinho e paciência me acolheu nos momentos difíceis.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Barcellos Serralta pelo compartilhamento dos consistentes conhecimentos em instrumentos de avaliação de processos e pela oportunidade de atualização da minha identidade de psicoterapeuta.

À minha incansável colega, amiga e grande inspiradora, Aline Alvares Bittencourt, pelo incentivo ao conhecimento e pela paciência nas discussões. Nossos meses de estudos e escritas nos finais de semana ensolarados foram produtivos e interessantes na tua companhia.

Aos bolsistas do grupo de pesquisa, Georgius Cardoso Esswein e Nathália Bohn da Silva pelas agradáveis tardes das quartas feiras e pelas úteis colaborações.

À Regina Onófrio e Adrianna Zucchi pelo apoio, parceria e confiança de sempre.

À minha amiga-irmã, Maira Noroefé dos Santos, por estar perto, amenizando minhas ausências com o Francisco.

Ao Guillermo, pai do meu filho, pelo incentivo na inserção acadêmica e pelos prazerosos momentos proporcionados ao Francisco durante minhas ausências.

À Marinês Janonne pela longa e exitosa tarefa de me acompanhar analiticamente.

À querida e peculiar Dada, por cuidar do meu filho de uma forma tão pura, espontânea e afetiva.

Em especial, aos meus pais, José Augusto e Maria Rosália, que mais uma vez me forneceram retaguarda na concretização de um sonho. Aos esforços que fizeram para que eu tenha conseguido superar este desafio. Ao meu pai, por desde muito cedo, ter me incentivado o conhecimento.

Pelos ensinamentos diários, ao meu filho Francisco, por trazer magia, pureza e alegria a minha vida. Minhas ausências serão supridas com a satisfação que estou tendo em concluir esta etapa.

Obrigada!

*“Só há uma cura para a adolescência e esta é a passagem  
do tempo e a passagem do adolescente para o estado adulto”*

(Winnicott, 2005/1964, p. 249).

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	12
<b>ABSTRACT</b> .....	14
<b>Apresentação</b> .....	16
<b>Artigo 1: artigo empírico</b> .....	20
<b>Avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica na adolescência</b> .....	20
<b>Resumo</b> .....	20
<b>Abstract</b> .....	21
<b>Fundamentação Teórica</b> .....	23
<b>Objetivo geral</b> .....	28
<b>Objetivos Específicos</b> .....	28
<b>Método</b> .....	28
<b>Delineamento</b> .....	28
<b>Participantes</b> .....	29
<b>Procedimento de Coleta de Dados</b> .....	29
<b>Instrumentos</b> .....	30
<i>Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)</i> .....	30
<i>Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)</i> .....	31
<i>Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R)</i> .....	32
<b>Anotações Clínicas</b> .....	33
<i>Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)</i> .....	33
<b>Procedimentos de Análise dos Dados</b> .....	34
<b>Aspectos Éticos</b> .....	35
<b>Resultados</b> .....	36

<b>Análise da Paciente .....</b>	<b>36</b>
<b>SCL-90-R .....</b>	<b>36</b>
<b>DSQ-40 .....</b>	<b>36</b>
<b>SWAP-200 .....</b>	<b>38</b>
<b>História de Vida.....</b>	<b>40</b>
<b>Diagnóstico Psicodinâmico .....</b>	<b>42</b>
<b>Análise do Processo .....</b>	<b>43</b>
<b>Narrativa descritiva- primeira etapa da psicoterapia (12 sessões).....</b>	<b>44</b>
<b>Narrativa descritiva- segunda etapa da psicoterapia (oito sessões).....</b>	<b>45</b>
<b>Análise temática das sessões .....</b>	<b>46</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>48</b>
<b>Entendimento Clínico do Processo .....</b>	<b>51</b>
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>59</b>
<b>Referências .....</b>	<b>60</b>
<b>Artigo 2: Artigo Empírico.....</b>	<b>66</b>
<b>Um Estudo sobre Abandono em Psicoterapia Psicanalítica da Adolescência.....</b>	<b>66</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>66</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>67</b>
<b>Fundamentação Teórica .....</b>	<b>69</b>
<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>76</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>76</b>
<b>Método .....</b>	<b>77</b>
<b>Delineamento .....</b>	<b>77</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>77</b>
<b>Procedimento de Coleta de Dados.....</b>	<b>78</b>

<b>Instrumentos.....</b>	<b>79</b>
<i>Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)</i> .....	79
Anotações clínicas.....	80
<b>Procedimentos de Análise dos Dados .....</b>	<b>80</b>
<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>81</b>
<b>Resultados e Discussão .....</b>	<b>82</b>
<b>Descrição do Caso .....</b>	<b>82</b>
<b>Descrição do Processo.....</b>	<b>83</b>
<b>Narrativa Descritiva E1.....</b>	<b>84</b>
<b>Narrativa Descritiva A1 .....</b>	<b>86</b>
<b>Narrativa Descritiva E2.....</b>	<b>87</b>
<b>Narrativa Descritiva A2 .....</b>	<b>89</b>
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>99</b>
<b>Referências .....</b>	<b>100</b>
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>106</b>
<b>Referências .....</b>	<b>108</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>110</b>
<b>Apêndice A - Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) .....</b>	<b>110</b>
<b>Apêndice B - <i>Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)</i>.....</b>	<b>118</b>

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 - Dez itens mais e 10 itens menos característicos da primeira etapa .....	43
Tabela 2 - Dez itens mais e 10 itens menos característicos da segunda etapa .....	45
Tabela 3 - Sessões e temáticas discutidas na primeira etapa da psicoterapia.....	47
Tabela 4 - Sessões e temáticas discutidas na segunda etapa da psicoterapia .....	47

### Artigo 2

Tabela 1- Itens mais e menos característicos da primeira etapa de tratamento E1 (n=10 sessões).....	84
Tabela 2 - Itens mais e menos característicos das sessões precedentes ao primeiro abandono A1 (sessão 11 e 12).....	85
Tabela 3- Itens mais e menos característicos da segunda etapa de tratamento E2 (n=06 sessões).....	87
Tabela 4- Itens mais e menos característicos das sessões precedentes ao segundo abandono A2.....	88

## LISTA DE FIGURAS

### Artigo 1

Figura 1. Sintomas predominantes segundo o SCL-90-R .....	36
Figura 2. Estilo defensivo predominante segundo o DSQ-40 .....	37
Figura 3. Mecanismos de defesa predominantes segundo o DSQ-40 .....	37
Figura 4. Diagnóstico segundo o DSM-IV (PD T-Scores).....	38

### Artigo 2

Figura 1. Itens do APQ mais relevantes da paciente (6, 7, 8). .....	90
Figura 2. Itens do APQ menos relevantes da paciente (15r, 32r, 67r).....	92
Figura 3. Itens do APQ mais relevantes da interação (97, 35, 96).....	93
Figura 4. Itens menos relevantes da interação (5r, 42r, 87r, 51r).....	94
Figura 5. Itens do APQ mais relevantes da terapeuta (3, 17, 31, 37).....	95
Figura 6. Itens do APQ menos relevantes da terapeuta (93r, 48r, 75r). .....	96

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**APQ** – *Adolescent Psychotherapy Q-Set*

**APA** – *American Psychiatric Association*

**DSQ-40** - *Defensive Style Questionnaire*

**DSM-IV-TR**– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição

Revisada

**IDSP** – Índice de Distribuição por Sintomas Positivos

**IGS** – Índice Global de Severidade

**ITSP** – Índice Total de Sintomas Positivos

**PQS** – *Psychotherapy Process Q-Set*

**PPG** - Programa de Pós-Graduação

**SCL-90-R** – *A Symptom Checklist-90-Revised*

**SWAP-200** – *Shedler-Westen Assessment Procedure*

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TDAH**– Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

**UNISINOS** – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

## **REFLETINDO SOBRE O ABANDONO TERAPÊUTICO:**

### **Um Estudo Sobre Avaliação de Processo em Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência**

#### **RESUMO**

A pesquisa em psicoterapia tem ampliado o estudo do abandono terapêutico através da exploração das variáveis do processo, incluindo variáveis do paciente, do terapeuta e da interação. Poucos estudos direcionam suas investigações para a adolescência, principalmente, para a descrição dos processos e dos resultados terapêuticos. Contudo, a adaptação de instrumentos que consideram as peculiaridades da adolescência é uma área importante a ser investida. Nesse sentido, esta dissertação de mestrado teve como principal objetivo avaliar o processo psicoterápico de uma adolescente em que o desfecho clínico foi o abandono. Para tal, as sessões foram codificadas com um instrumento da metodologia *Q-sort* adaptado para adolescência. O *Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)* visa avaliar sessões de psicoterapia através de 100 itens que descrevem o terapeuta, as atitudes e os comportamentos do paciente, bem como as interações terapeuta/paciente. Foram selecionados para descrever o processo os itens mais e menos característicos da psicoterapia. Essa consistiu de duas etapas de tratamento: 12 sessões e um abandono, retorno após 2 meses de afastamento e 8 sessões que culminaram em mais um abandono. Através de análises e narrativas descritivas das sessões, foram analisadas as variáveis da paciente, da terapeuta e da interação, buscando-se explorar o fenômeno do abandono nesta psicoterapia. Os resultados obtidos evidenciam critérios significativos a uma psicoterapia em que tanto paciente quanto terapeuta apresentaram características e posturas preditoras de uma boa aderência

psicoterápica. Porém, frente ao abandono como desfecho clínico deste processo, esta dissertação aponta que a impossibilidade de aquisição de *insight* da paciente e a ausência de intervenções da terapeuta que visassem explorar manifestações referentes a faltas, interrupções ou pausas contribuíram para tal resultado.

**Palavras-chave:** Abandono; psicoterapia psicanalítica; adolescência; avaliação de processos; APQ.

## **REFLECTING ON THE THERAPEUTIC DROPOUT:**

### **A Study on Evaluation Processes in Psychoanalytic Psychotherapy in Adolescence**

#### **ABSTRACT**

Research on psychotherapy has increased the study of therapy dropout by exploiting the patient variables, therapist and their interaction. Few studies direct their research to adolescence, especially for the description of processes and therapeutic results. However, the adaptation of instruments that consider the peculiarities of adolescence is an important area to be invested. In this sense, this master's thesis aimed to evaluate the psychotherapeutic process of a teenage girl that the clinical outcome was the dropout. To this end, the sessions were coded with an instrument of Q-sort methodology adapted to adolescence. The Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ) seeks to evaluate psychotherapy sessions through 100 items describing the therapist, attitudes and behaviors of the patient and therapist-patient interactions. Was selected to describe the process, the items most and least typical of psychotherapy. This consisted of two treatment steps: twelve sessions and an dropout, returning after two months of absence and eight sessions that culminated in another dropout. Through analysis and descriptive narratives of sessions to reflect about the variables of patient, therapist and their interaction, seeking to explore the phenomenon of dropout in this psychotherapy. The results show significant criteria to psychotherapy, in which both patient and therapist showed characteristics and predictors postures to a good psychotherapeutic grip. However, against the dropout as a clinical outcome of this process, this thesis points out that the impossibility of patient's insight acquisition and the absence of therapist

interventions that aimed to explore manifestations related faults, interruptions or breaks, contributed to this result.

**Keywords:** Dropout, psychoanalytic psychotherapy; adolescence; assessment processes; APQ.

## Apresentação

A presente dissertação de mestrado intitulada *Refletindo sobre o abandono terapêutico: Um estudo sobre avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica na adolescência* faz parte de um estudo maior denominado *Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e avaliação do processo terapêutico*, coordenado pela prof<sup>a</sup>. Dra. Silvia P. C. Benetti. O projeto está inserido na linha de pesquisa *Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas*, a qual focaliza a compreensão das diferentes formas do sofrimento psíquico do sujeito, suas manifestações e as possibilidades de intervenção psicoterápica, bem como estudo do processo e dos resultados em psicoterapia.

A psicoterapia psicanalítica visa proporcionar ao sujeito um espaço para reconhecer e, se possível, reordenar alguns eixos já organizados desde os primeiros tempos da infância. O entendimento atual do paciente contempla princípios técnicos fundamentais ao método psicanalítico em que estratégias terapêuticas são lançadas visando à resolução de conflitos intrapsíquicos. Contudo, não há tempo preestabelecido para que este processo ocorra. A psicoterapia psicanalítica pode, inclusive, ser considerada como um processo de longa duração. Assim, idealmente, o término ocorre no momento de concordância entre paciente e terapeuta sobre os objetivos atingidos, principalmente no que se refere à aquisição de *insight* (Gabbard, 2007; Jung, Serralta, Nunes & Eizirik, 2015).

As discussões clínicas, com frequência, buscam refletir e integrar acerca dos aspectos dinâmicos de um caso em análise, entretanto, a potencialidade das variáveis apresentadas em uma psicoterapia psicanalítica, quando estudadas em profundidade, possibilitam vértices de reflexão bem mais amplos. Nessa direção, a análise e descrição

de um processo terapêutico incrementa a pesquisa em psicoterapia psicanalítica na medida em que psicoterapeutas menos resistentes à pesquisa empírica tem se aproximado da academia. A minimização das diferenças do método de avaliação do processo e dos resultados da psicoterapia utilizados por pesquisadores e clínicos permite a produção de conhecimentos em conjunto, visando proporcionar aos pacientes melhora da saúde emocional (Gabbard, 2007; Jung et al., 2015).

A possibilidade de análise de uma psicoterapia releva a importância de se compreender fenômenos manifestados e recorrentes na clínica atual, um exemplo é o abandono terapêutico. Pesquisas como as de Benetti e Cunha (2008) e Roos e Werbart (2013) demonstram que seus prejuízos envolvem desde gastos expressivos às organizações de saúde até vivências ansiogênicas e traumáticas para pacientes e terapeutas, visto que ambos podem vivenciar sentimentos de fracasso e ineficácia.

Algumas vicissitudes devem ser consideradas ao analisar o fenômeno do abandono na adolescência, visto que um dos marcos dessa fase pode funcionar como barreira para o tratamento em saúde mental. A constante busca pela autonomia como tarefa central da adolescência, associada com os rompimentos e ressignificações subjacentes a fase, podem tornar os jovens resistentes à autoridade de seus pais e outros adultos. Nesse contexto, a formação de um relacionamento de confiança com o terapeuta pode ser abalado e, dessa forma, perturbações clínicas podem ressonar no *setting* em forma de abandono terapêutico (Reinecke & Shirk, 2007).

Estudos sobre o abandono devem ser ampliados nesta etapa evolutiva. Entretanto, a avaliação de processos em psicoterapia psicanalítica na adolescência, até há poucos anos atrás, contava somente com instrumentos utilizados em adultos. Contudo, a carência de estudos tende a ser minimizada na medida em que instrumentos de avaliação em psicoterapia são adaptados para esta faixa etária (Block & Greeno,

2011; Midgley & Kennedy, 2011). Assim, a adaptação de um instrumento da metodologia *Q-sort* para a adolescência, o *Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)*, que recentemente foi traduzido para versão brasileira, viabiliza a descrição e avaliação de um processo psicoterápico considerando especificidades da paciente, terapeuta e interação. Além disso, o instrumento permite aliar o estudo empírico do processo com a integração da compreensão dinâmica do caso (Calderón, 2014; Benetti, Eisswein, Bernardi, Midgley, & Calderón, 2014). Dessa forma, a investigação de fenômenos comuns às psicoterapias encontra formas mais amplas e aprofundadas de análise que contribuem para reflexão de estratégias a fim de prevenir e diminuir o abandono em psicoterapia.

Considerando a importância de pesquisas voltadas para o período da adolescência baseadas no interesse de compreender os aspectos relativos ao processo terapêutico, esta dissertação busca a identificação de aspectos que possam estar relacionados ao abandono no caso de uma adolescente atendida em psicoterapia de orientação psicanalítica. Para tal, a dissertação está organizada em dois artigos empíricos. O primeiro deles, *Avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica na adolescência*, integra a análise e descrição da psicoterapia com aspectos dinâmicos e descritivos da paciente, visando um foco interpretativo na avaliação empírica do processo. O processo foi analisado com o APQ e seu entendimento associado com aspectos descritivos da paciente, baseados na avaliação de sua sintomatologia (SCL-90-R; *Symptom Checklist- 90 - Revised*), suas características de personalidade (SWAP-200; *Shedler-Westen Assessment Procedure*) e seu estilo defensivo (DSQ-40; *Defensive Style Questionnaire*). Frente à consonância dos dados empíricos com observações clínicas mais tradicionais aponta-se para a viabilidade de pesquisas em psicoterapia que contribuem para compreensão de fenômenos comuns aos *settings*. No caso em análise,

conclui-se que a não aquisição de *insight* da paciente durante a psicoterapia, aliado a um estilo defensivo imaturo, constituíram possíveis fatores preditivos ao abandono psicoterápico.

O artigo 2, *Um estudo sobre abandono em psicoterapia psicanalítica da adolescência* apresenta uma análise mais aprofundada das variáveis subjacentes a um processo psicoterápico, com o uso do APQ e das anotações clínicas. As especificidades da paciente, o comportamento da terapeuta e as características da interação foram discutidos e associados com o fenômeno do abandono nas distintas etapas da psicoterapia, bem como nas sessões precedentes aos dois abandonos de tratamento. Em suma, considerando um olhar técnico, a análise aprofundada dos itens nas distintas variáveis revela que a incapacidade de *insight* da paciente associada à ausência de intervenções da terapeuta sobre faltas e pausas podem ter contribuído para o desfecho final.

## Artigo 1: artigo empírico

### Avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica na adolescência

#### Resumo

A exploração de fenômenos ocorridos nas psicoterapias assume relevância em estudos, na medida em que a clínica se integra à pesquisa. Nesse sentido, fenômenos recorrentes aos *settings* terapêuticos ampliam suas possibilidades de compreensão ou explicação através da integração de dados descritivos do processo com aspectos clínicos. Considerando as vicissitudes subjacentes à adolescência e a carência de estudos voltados para esta faixa etária, este artigo investiga o processo terapêutico de uma psicoterapia psicanalítica de uma adolescente. Para a avaliação do processo foi utilizado o *Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)*: instrumento de avaliação de sessões de psicoterapia que descreve atitudes e comportamentos do paciente e do terapeuta, bem como das interações terapeuta/paciente. Foram selecionados para descrever o processo os 10 itens mais e os 10 itens menos característicos da psicoterapia que envolveu duas etapas de tratamento culminadas em abandono. Foram analisadas as 20 sessões que totalizaram o tratamento e foram desenvolvidas narrativas descritivas do processo em cada etapa a fim de discutir e elucidar o transcorrer da psicoterapia. Para a análise sintomatológica, defensiva e características de personalidade da paciente foram utilizados, respectivamente, os instrumentos SCL-90-R, DSQ-40 e SWAP-200. A integração de aspectos dinâmicos da paciente com descritivas da psicoterapia foram associadas às anotações clínicas fornecidas pela terapeuta e possibilitaram a elaboração do entendimento clínico do processo. Frente aos dados obtidos, conclui-se que a não aquisição de *insight* da paciente durante as sessões, principalmente no que se refere à

primeira etapa do tratamento, aliado a um estilo defensivo imaturo constituíram fatores preditivos ao abandono psicoterápico.

**Palavras-chave:** Avaliação de processos em psicoterapia psicanalítica; adolescência; APQ; abandono.

### **Evaluation of process in psychoanalytic psychotherapy in adolescence**

#### **Abstract**

The exploitation of phenomena occurring in psychotherapy gains relevance on studies, to the extent that clinical therapy integrates the research. In this sense, recurrent phenomena to therapeutic settings expand their possibilities of comprehension or explanation by integrating descriptive data of the process with clinical aspects. Considering the events underlying the teens and the lack of studies focused on this age group, this paper investigates the therapeutic process of a psychoanalytic psychotherapy of a teenager. For the evaluation process was used Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ): assessment tool of psychotherapy sessions. It describes attitudes and behaviors of the patient, the therapist and therapist/patient interactions. Were selected to describe the process the 10 most and the less 10 typical items of psychotherapy, which involved two stages of treatment culminated in dropout. Were analyzed The total 20 sessions of treatment and was developed a descriptive narrative of the process at each stage in order to discuss and clarify the course of psychotherapy. For the symptomatic analysis, defensiveness and patient personality characteristics were used, respectively, the SCL-90-R instruments, DSQ-40 and SWAP-200. The integration of dynamic aspects of patient with descriptive of psychotherapy were associated with clinical notes provided

by the therapist and made possible the development of the clinical understanding of the process. Based on the data obtained it is concluded that the lack of insight from the patient during the sessions, especially with regard to the first stage of treatment, combined with an immature defensive style they constituted predictive factors to psychotherapy dropout.

**Keywords:** psychoanalytic processes evaluation, adolescence, APQ, dropout.

A consolidação da identidade exige do adolescente, internamente, um afastamento de objetos primários. A busca pela autonomia, inerente a esse período, envolve a reedição de vínculos iniciais, com rompimentos na procura de ideais e de novos sentidos às experiências (Bloss, 1998; Jordão, 2008). Contudo, a estruturação da identidade do adolescente ocorre na medida em que seu passado pode se integrar às experiências atuais (Macedo, Azevedo, & Castan, 2010).

As reestruturações internas peculiares à adolescência ocasionam, nessa fase, um aumento significativo de angústias e ansiedades. Alguns adolescentes enfrentam essa etapa evolutiva acompanhados de sintomatologias desadaptativas. Pesquisas atuais apontam para altos índices de quadros psicopatológicos, em que um em cada cinco adolescentes sofrem de dificuldades que eclodem em quadros clínicos (Merikangas et al., 2010; Block & Greeno, 2011).

Considerando o aumento de sofrimento psíquico característico da adolescência e as possibilidades de resignificação e elaboração de conflitivas psíquicas, essa fase contempla um momento oportuno para intervenções psicoterápicas (Macedo et al., 2011). Nesse sentido, recentes estudos reforçam a eficácia e a efetividade das psicoterapias nesta etapa e apontam melhoras comportamentais nos adolescentes em tratamento (Midgley & Kennedy, 2011; Tsiantis & Trowel, 2010).

Entretanto, no que se refere a pesquisas de processo, ainda são necessários estudos focalizando a psicoterapia na adolescência. Para tal, um desafio a ser enfrentado refere-se aos poucos instrumentos de avaliação específicos e adaptados para esta faixa etária. Recentemente, um instrumento da metodologia *Q-Sort* (*Adolescent Psychotherapy Q-Set*) foi adaptado para a adolescência e traduzido para versão brasileira (Calderón, 2014; Benetti, Eisswein, Bernardi, Midgley, & Calderón, 2014).

O APQ viabiliza conhecer em profundidade um processo de psicoterapia, possibilitando o estudo de fenômenos comuns e específicos, mas pouco estudados na peculiaridade desta fase do desenvolvimento. Um desses fenômenos é o abandono de tratamento, que se apresenta com índices elevados na psicoterapia de diferentes faixas etárias.

Frente à necessidade de estudar fenômenos comuns às psicoterapias, este artigo tem como objetivo investigar o processo terapêutico de uma psicoterapia psicanalítica de uma adolescente em tratamento psicoterápico psicanalítico. Para tal, propõe-se uma integração de dados empíricos com observações clínicas mais tradicionais, buscando diminuir a lacuna existente entre a prática clínica e a pesquisa (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011).

### **Fundamentação Teórica**

A pesquisa em psicoterapia psicanalítica tem ampliado seu espaço no meio científico a partir da publicação de uma série de revisões importantes e meta-análises sobre os resultados das intervenções psicoterápicas nessa abordagem teórica. Nesse caso, os estudos confirmam a efetividade e a eficácia das psicoterapias psicanalíticas em distintos quadros clínicos e faixas etárias. Entretanto, o foco destas pesquisas foi, basicamente, na psicoterapia com adultos, apontando que os ganhos obtidos com a

psicoterapia psicanalítica se assemelham aos de outras abordagens terapêuticas anteriormente pesquisadas (Gerber et al., 2011; Leichsenring, Hiller, Weissberg, & Leibing, 2006; Shedler, 2012).

No que se refere à psicoterapia psicanalítica na adolescência, poucos estudos foram realizados. Este déficit pode ser explicado pelo fato de haver um número menor de medidas destinadas a avaliar os processos psicoterápicos nessa faixa etária. Como consequência, a maioria dos estudos acaba por utilizar modelos de adultos, sem levar em consideração as diferenças evolutivas e as especificidades do período (Stewart, Steele, & Roberts, 2012).

As características da adolescência justificam um olhar atento às questões próprias dessa etapa. Pesquisas destacam a necessidade de prevenção e intervenção e apontam uma alta prevalência de transtornos emocionais neste período. A eclosão de quadros psicopatológicos ocorre em função de alguns adolescentes não possuírem condições de responder positivamente às exigências do processo evolutivo (Merikangas et al., 2010; Valverde, Vitalle, Sampaio, & Schoen, 2012). Em “Três ensaios da teoria da sexualidade” (1992/1905), Freud afirma que “com a chegada da puberdade, introduzem-se as mudanças que levam a vida sexual infantil a sua configuração normal definitiva” (p. 196), definindo adolescência como a reatualização do que fora adiado pelo recalçamento no período de latência, contemplando, dessa forma, a reedição do Complexo de Édipo.

Nesse período de mudanças há um aumento significativo de dificuldades emocionais e comportamentais. Nessa perspectiva, uma pesquisa americana com uma amostra representativa de 10.123 adolescentes com idade entre 13 e 18 aponta para prevalência dos quadros psicopatológicos distúrbios de ansiedade (31,9%), distúrbios de comportamento (19,1%), transtornos de humor (14,3%) e abuso de substâncias (11,4%).

Há, também, uma alta comorbidade devido à permeabilidade das categorias diagnósticas, mas, principalmente pela plasticidade do desenvolvimento adolescente (Merikangas et al., 2010).

A revisão de literatura de Block e Greeno (2011) aponta para o aumento da prevalência de transtornos de humor e uso de substâncias em adolescentes mais velhos, assim como associa transtornos depressivos e de ansiedade na adolescência com sofrimento mental na vida adulta. Todavia, patologias vivenciadas por adultos poderiam ser evitadas caso intervenções psicoterápicas na adolescência tivessem ocorrido, visto que os efeitos deletérios de problemas de saúde mental não tratados estão suscetíveis ao impacto psicológico e bem-estar social ao longo da vida (Ferguson, Robinson, & Splaine, 2002). Alguns estudos de referência, realizados no *Anna Freud Centre*, sugerem que adolescentes submetidos à psicoterapia mostram uma redução significativa no comportamento desadaptado, apresentam ao longo do tempo uma mudança na relação com os pais e demonstram menos raiva e menor confrontação com outros relacionamentos (Midgley & Kennedy, 2011; Tsiantis & Trowel, 2010). Um estudo longitudinal, desde a infância até a idade adulta, realizado no mesmo centro, aponta que indivíduos que receberam tratamento na infância apresentam baixos níveis de adversidade, poucos eventos graves, boa saúde e com isso acabam necessitando minimamente de serviços médicos (Schachter & Target, 2009).

Além dos benefícios econômicos que tratamentos preventivos fornecem, a escuta psicoterápica viabiliza ao sujeito qualidade de vida emocional. Considerando o impacto que as manifestações adolescentes possam gerar ao psiquismo, a intensificação do sofrimento ocorre, de acordo com Macedo et al. (2011), pelo enfrentamento dos conflitos próprios da etapa ou da fragilidade de recursos defensivos. Nesse sentido, os autores enfatizam que “a escuta de um padecimento da adolescência, é, portanto, uma

importante ferramenta para prevenir maiores problemas na vida pessoal e social desse indivíduo” (p.65). Dessa forma, as conflitivas infantis reatualizadas na adolescência podem estar associadas a problemas relacionados à afetividade que, por sua vez, foi apontada como principal motivo de busca de atendimento em um estudo nacional com adolescentes entre 10 e 19 anos que buscaram atendimento psicológico em uma clínica escola no período de 2003 a 2009 (Macedo et al., 2011). Nesse contexto, em que estudos demonstram altas taxas de adoecimento emocional e grandes benefícios de intervenções psicoterápicas nessa fase, a realidade da clínica atual também tem sido foco de pesquisas.

O abandono é um exemplo disso: estudos realizados sobre o tema em diferentes faixas etárias afirmam que entre as pessoas que chegam a frequentar a psicoterapia poucas, de fato, concluem o processo (Gastaud, Basso, Soares, Eizirik, & Nunes, 2011). As taxas de abandono apontadas na literatura evidenciam a recorrência do fenômeno, como exemplificado no estudo de efetividade de Haan, Boon, Jong, Hoeve e Vermeiren (2013) que encontra um percentual de 50% dos casos.

Considerando que a natureza transicional e as instabilidades do adolescente constituem um momento oportuno para intervenções psicológicas com grandes chances de sucesso, investigações empíricas nesta população são necessárias (Midgley & Kennedy, 2011). Estudos que possam compreender as variáveis envolvidas em uma psicoterapia tornam-se relevantes, com isso o desenvolvimento de medidas e instrumentos de pesquisa é uma área importante a ser investida.

Nesse sentido, alguns instrumentos voltados para o processo psicoterápico têm sido utilizados na população adulta, tal como o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Esse instrumento se baseia na metodologia *Q-sort* e avalia aspectos do terapeuta, do paciente e da interação para investigar os aspectos específicos dos modelos terapêuticos,

permitindo a compreensão de como se dá a mudança durante o processo terapêutico, assinalando os mecanismos de ação, tanto do terapeuta como do paciente (Jones, 2000). A adaptação do PQS para adolescentes foi recentemente realizada, visando descrever o processo psicoterapêutico nessa faixa etária (Calderón, 2014). No Brasil, estudos de adaptação foram desenvolvidos para a elaboração da versão brasileira (Benetti, et al., 2014).

O instrumento APQ, *Adolescent Psychotherapy Q-Set*, originou-se de uma extensa revisão de literatura e uma adaptação do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) desenvolvido por Jones (2000). Elaborado como uma medida para descrever processos de psicoterapia com adolescentes de uma forma adequada para a análise quantitativa, oportunizando obter mais conhecimentos sobre a complexidade do processo terapêutico com adolescentes. Este instrumento pretende descrever o processo psicoterápico de uma forma teórica, permitindo a representação de uma grande variedade de eventos, intervenções e processos. Cada item descreve um aspecto do processo através da avaliação das falas e comportamentos da dupla, possibilitando observar objetivamente a presença, ausência ou relevância destes itens (Calderón, 2014). Além disso, o instrumento permite aliar o estudo empírico do processo com a integração da compreensão dinâmica do caso. Essa possibilidade de explorar o aspecto descritivo da sessão, integrando o entendimento dinâmico do caso, viabiliza uma maior profundidade para a compreensão do processo terapêutico.

A integração da prática clínica com dados empíricos harmoniza os esforços em busca da saúde mental. Levando em conta a importância de pesquisas voltadas para o período da adolescência baseadas no interesse de compreender os aspectos relativos ao processo terapêutico, este estudo se volta para a investigação do processo de um caso de abandono terapêutico de uma adolescente atendida em psicoterapia psicanalítica.

### **Objetivo geral**

Investigar o processo terapêutico da psicoterapia psicanalítica de uma adolescente.

### **Objetivos Específicos**

- 1- Elaborar diagnóstico psicodinâmico da paciente com base em sua história de vida, características de personalidade, mecanismos defensivos e sintomas.
- 2- Descrever o processo psicoterápico, considerando as variáveis do terapeuta, do paciente e da interação da dupla nas distintas etapas do processo psicoterapêutico.
- 3- Integrar a avaliação empírica do processo com entendimento clínico da psicoterapia.

### **Método**

#### **Delineamento**

Foi utilizado como metodologia o estudo de caso sistemático com um delineamento misto, que busca compreender o sujeito em profundidade e dentro do seu contexto, explorando e descrevendo os acontecimentos dentro do tempo e do lugar ao qual pertencem com a utilização de múltiplos métodos (qualitativos e/ou quantitativos). O estudo de caso sistemático busca utilizar-se dos achados da clínica psicológica utilizando-se de medidas empíricas (Ventura, 2007; Yin, 2001). Esse delineamento faz uso de medidas objetivas aplicadas a sessões de psicoterapia filmadas, buscando fazer frente à dificuldade encontrada pelos psicoterapeutas em avaliar e mensurar aspectos

subjetivos dos processos psicoterápicos, diminuindo a lacuna existente entre a prática clínica e a pesquisa empírica, entre a subjetividade e a objetividade representadas nestes dois métodos de investigação (Serralta et al., 2011).

## **Participantes**

Paciente: Juliana<sup>1</sup>, 18 anos, realizou triagem no início de 2013 em uma clínica psiquiátrica, queixando-se de irritabilidade e sintomas depressivos que a acompanhavam desde a infância. Referiu já ter recebido diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Apresentava histórico de três abandonos precoces de tratamento.

Terapeuta: A terapeuta, 34 anos, possuía treinamento formal em psicoterapia de orientação psicanalítica em uma instituição local cujo modelo é baseado na tríplice formação: seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal, com experiência em atendimento psicoterápico há, em média, 10 anos.

## **Procedimento de Coleta de Dados**

Os procedimentos da instituição incluem a avaliação do paciente em uma consulta de triagem com um psicólogo treinado. Após este contato inicial, havendo indicação, o paciente é encaminhado para psicoterapia e/ou avaliação psiquiátrica. A paciente em questão, após a triagem, foi encaminhada para psicoterapia individual de orientação psicanalítica e avaliação psiquiátrica.

A solicitação da participação de Juliana na pesquisa intitulada *Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e avaliação do processo terapêutico*, coordenada pela pesquisadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Pereira da Cruz Benetti foi feita na

---

<sup>1</sup> Nome fictício.

entrevista de triagem. Na ocasião, com sua concordância, foi marcado mais um encontro antes do início da psicoterapia, a fim de apresentar a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido e assinado.

As sessões de psicoterapia ocorreram no consultório da psicoterapeuta, em horários agendados conforme acordo entre paciente e terapeuta. O atendimento do caso se caracterizou por duas etapas distintas: a primeira delas referiu-se a um período de 12 sessões de psicoterapia, que foram seguidas por um abandono de 8 semanas. A terapeuta fez contato telefônico com a paciente, que durante duas semanas alegou dificuldade com o habitual horário da sessão. Em seguida a essas tentativas, a paciente enviou uma mensagem de texto para o telefone da terapeuta comunicando que não mais compareceria ao tratamento, contudo mesmo afastada da psicoterapia, a paciente continuou vinculada à terapeuta através de esporádicas mensagens telefônicas expressando desejo de retornar ao tratamento psicoterápico.

Após dois meses dessa interrupção, a paciente procurou a terapeuta e retomaram o processo, que envolveu a realização de oito sessões e mais um abandono. Entretanto, para este estudo foram avaliadas as 20 sessões que totalizaram o tratamento.

## **Instrumentos**

### ***Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)***

O DSQ-40 é um instrumento desenvolvido por Andrews, Singh e Bond (1993) e seus colaboradores para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. É um questionário objetivo e autoaplicável de 40 questões, onde cada item é pontuado de 1 a 9, sendo 1 “*discordo completamente*” e 9 “*concordo plenamente*”, que avalia 20 tipos de defesa, sendo cada uma das 20 defesas representadas por dois itens. As defesas

podem ser avaliadas individualmente pela média dos escores daquele fator ou divididas em três grupos – maduro, neurótico ou imaturo – pela média dos escores das defesas que pertencem a cada grupo. Como conclusão, evidencia-se o estilo defensivo que o sujeito usa para lidar com os seus conflitos, conscientes ou inconscientes (Blaya, 2005). O estudo de Blaya (2005) indica que esta versão possui características psicométricas que permitem seu uso na nossa cultura.

### ***Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)***

O SWAP-200 (Shedler & Westen, 1998) é um instrumento utilizado para fazer diagnóstico de psicopatologias de personalidade. Sua avaliação utiliza o método *Q-sort*, um método psicométrico projetado para maximizar a confiabilidade e minimizar a variância de erro, e consiste em um conjunto de afirmações que descrevem diferentes aspectos da personalidade, que refletem os critérios de diagnóstico do Eixo II do DSM-IV-TR (APA, 2002). O SWAP-200 é constituído por 200 afirmações que descrevem o paciente totalmente, parcialmente ou de modo irrelevante, distribuídas pelo terapeuta em uma escala de 8 pontos (variando de 0 a 7) numa distribuição fixa dos itens, típica dos *Q-sort*. O vocabulário dessas afirmações é livre de jargões, permitindo aos clínicos fornecerem descrições psicológicas dos pacientes de uma maneira que estas podem ser quantificadas e analisadas estatisticamente, minimizando as interpretações idiossincráticas e podendo ser usada por profissionais de todas as orientações teóricas. O instrumento tem propriedades psicométricas para a medição e avaliação dos transtornos de personalidade, e os resultados do trabalho de Westen e Shedler (1999) fornecem suporte para a validade do SWAP-200 como instrumento para a avaliação dos transtornos de personalidade. É sensível a mudanças tênues na personalidade, sendo utilizado para avaliar mudança estrutural em psicoterapia. (ver Apêndice A)

### ***Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R)***

Inventário multidimensional de autoavaliação desenvolvido por Derogatis (1994) para avaliação de sintomas psicopatológicos. Trata-se de uma escala do tipo Likert de 5 pontos (0= *nem um pouco* até 4= *extremamente*) composta por 90 itens que visam verificar o padrão psicológico dos respondentes. O SCL-90-R é composto por nove dimensões primárias de sintomas: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranóides e psicotismo. Cada item representa um sintoma em particular, sendo que há sete itens que não fazem parte de nenhuma das nove dimensões. Esses itens possuem significância clínica e contribuem para o escore global da escala, utilizados na avaliação final. Além das nove dimensões, o SCL-90-R fornece três índices globais: o índice global de severidade (IGS), o índice de distribuição por sintomas positivos (IDSP) e o índice total de sintomas positivos (ITSP). O IGS traz informações sobre os sintomas e a intensidade do prejuízo, o IDSP é uma medida de intensidade e o ITSP fornece dados sobre o número de sintomas (Laloni, 2001).

O SCL-90-R foi traduzido para mais de 24 línguas e é amplamente usado na literatura internacional e vem sendo usado em diferentes áreas da saúde mental. Laloni (2001) fez um estudo de adaptação, precisão e validade para uso no Brasil e verificou boa confiabilidade através da análise da consistência interna para as nove dimensões e pelos coeficientes de teste e reteste. Os resultados encontrados são semelhantes aos obtidos na versão original do instrumento.

### **Anotações Clínicas**

O conteúdo de cada sessão e o processo da psicoterapia foi registrado em forma de relatos sistemáticos de memória da terapeuta. As anotações clínicas, usadas em psicoterapia de orientação psicanalítica, auxiliam na compreensão e estudo do caso, assim como para o acompanhamento e possíveis supervisões (Lomax, Andrews, Burruss, & Moorey, 2007).

### ***Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)***

O APQ é uma adaptação desenvolvida por Calderón (2014) do *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) de Enrico Jones (2000). Consiste em um instrumento ateórico que tem como medida de avaliação a sessão terapêutica gravada em vídeo em toda a sua extensão. A avaliação ocorre com base, em 100 itens que descrevem o comportamento do terapeuta (n=30), o comportamento do paciente (n= 40) e a interação entre paciente e terapeuta (n=30). Esses itens devem ser distribuídos por juízes independentes (observadores externos treinados na aplicação do instrumento) em categorias de um *continuum* que vai do menos característico (*categoria 1*) ao mais característico (*categoria 9*). A distribuição dos itens em cada categoria é fixa de modo a manter conformidade com a curva normal. Esses itens foram desenvolvidos de forma a evitar que os avaliadores incorram em inferências ou julgamentos teóricos, permitindo maior concordância de validade e confiabilidade. Incluem afirmações sobre os mecanismos de ação, tanto do terapeuta como do paciente, quanto da interação entre ambos nas sessões terapêuticas. A terminologia teórica é evitada, de modo a permitir uma avaliação “não-saturada” do processo (Bambery, Porcerelli, & Ablon, 2009). (ver Apêndice B)

## **Procedimentos de Análise dos Dados**

A análise da paciente foi desenvolvida levando em consideração aspectos descritivos da sua personalidade (SWAP-200), que foram avaliados e descritos pela pesquisadora a partir das sessões como um todo. A avaliação sintomática (SCL-90-R) e defensiva (DSQ-40) considerou os instrumentos de avaliação preenchidos pela paciente nas sessões iniciais. As anotações clínicas realizadas pela terapeuta durante a psicoterapia foram fornecidas na íntegra para a pesquisadora e, posteriormente associadas às anotações dos juízes avaliadores do processo. Com base nesse material foi elaborada a história de vida da paciente e seu diagnóstico psicodinâmico.

Para a análise do processo psicoterápico, considerando as variáveis da terapeuta, da paciente e da interação entre paciente e terapeuta, foram utilizadas sessões gravadas em vídeo e avaliadas separadamente, conforme o manual do APQ, por duplas de juízes independentes que passaram por um treinamento formal na aplicação do instrumento. Participaram dessa análise cinco juízes com experiência na avaliação do instrumento. A avaliação de cada juiz foi correlacionada (correlação intraclass) com valores de referência acima de 0,7 para identificar a concordância entre os itens. Quando a correlação entre as avaliações foi menor de 0,5 um terceiro avaliador foi acrescentado. Para as análises subsequentes utilizou-se a média das pontuações entre os dois avaliadores melhor correlacionados.

A descrição geral do processo de psicoterapia, considerando as variáveis do terapeuta, do paciente e da interação foi realizada através de um ordenamento simples, a partir do cálculo das médias de cada item do APQ, dos itens mais e menos característicos das 20 sessões de atendimento. A análise quantitativa foi construída pelos 10 itens mais e 10 itens menos característicos da psicoterapia, envolvendo Etapa 1 e Etapa 2, em que narrativas descritivas destas etapas foram desenvolvidas. No que

concerne à análise qualitativa, foram utilizados registros dos juízes avaliadores do processo. Com base nesse material desenvolveu-se uma tabela com as temáticas discutidas nas sessões. A integração de aspectos dinâmicos da paciente com as descritivas da psicoterapia possibilitou a elaboração de um entendimento clínico do processo.

### **Aspectos Éticos**

O presente estudo está vinculado a um projeto de pesquisa mais amplo já em andamento (Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e avaliação do processo terapêutico), submetido e aprovado no Comitê de Ética da UNISINOS. A paciente e a terapeuta leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, fornecido pela pesquisadora coordenadora do projeto. O TCLE se encontra em poder da pesquisadora responsável, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Pereira da Cruz Benetti.

## Resultados

### Análise da Paciente

#### SCL-90-R

A sintomatologia de Juliana, de acordo com a SCL-90-R, aponta como sintomas predominantes hostilidade, depressão e obsessividade-compulsividade, que são melhores exemplificados na Figura 1.

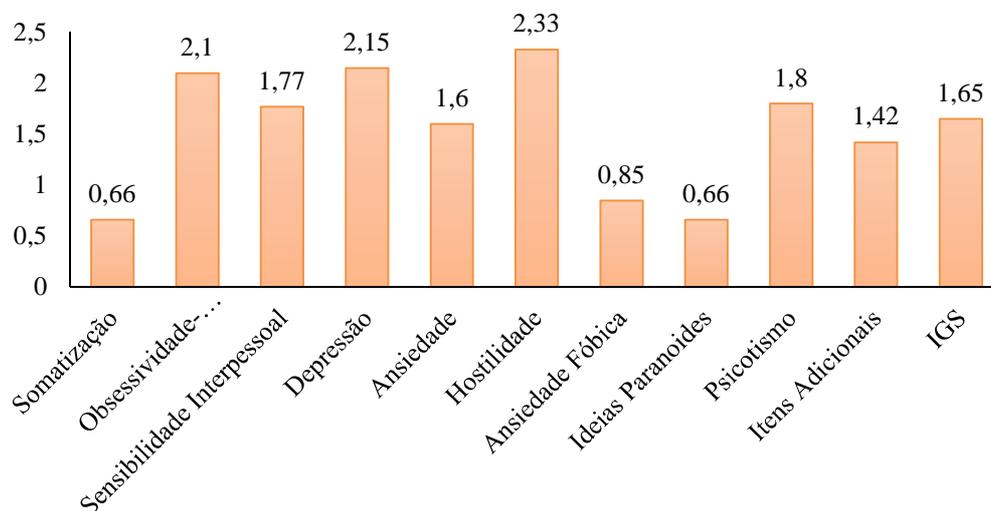


Figura 1. Sintomas predominantes segundo o SCL-90-R

#### DSQ-40

Este instrumento, preenchido pela paciente no início da primeira etapa do tratamento, aponta para um estilo defensivo predominantemente imaturo, como exemplificado na Figura 2.

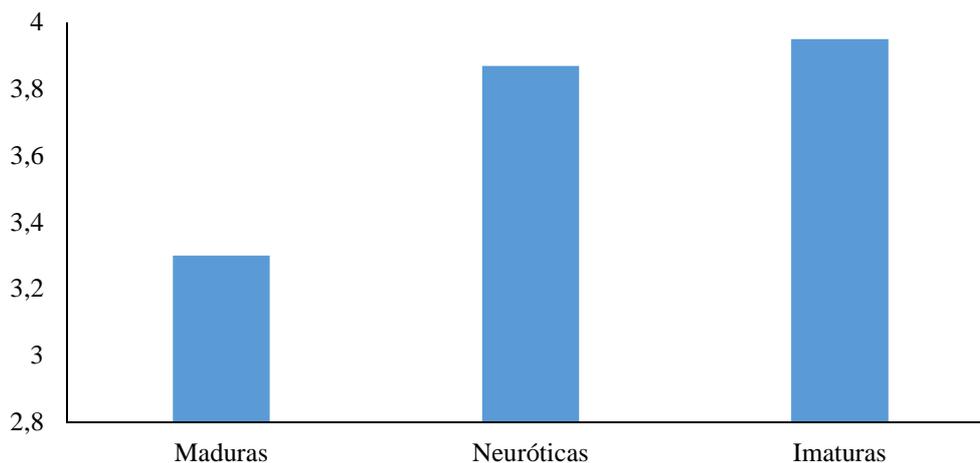


Figura 2. Estilo defensivo predominante segundo o DSQ-40

Dentre as manobras defensivas mais utilizadas pelo ego de Juliana, evidencia-se uso excessivo de fantasia autística (9) e *acting out* (8,5), como ilustrado na Figura 3.

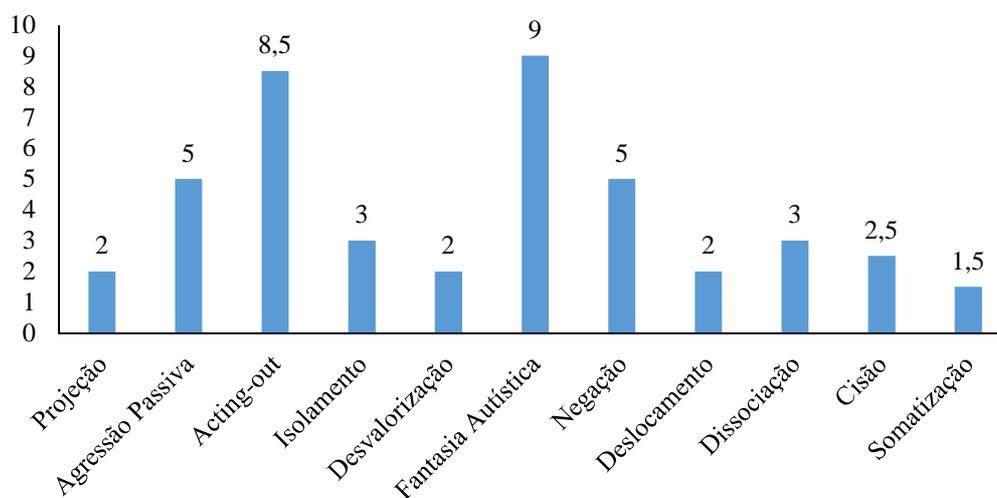


Figura 3. Mecanismos de defesa predominantes segundo o DSQ-40

Segundo Monteiro (2012), *acting-out* é a expressão direta de um desejo ou impulso inconsciente com o objetivo de evitar a tomada de consciência do afeto que a acompanha. Inclui o uso do comportamento físico agressivo, atos delinquentes e “impulsivos”, comportamentos perversos e autopunitivos. Já a fantasia autística representa tendências a fazer uso da fantasia e a submergir num encapsulamento autista com o propósito da resolução do conflito e de gratificação. Está associada ao evitamento

das relações interpessoais, e inclui, igualmente, o uso elevado de mecanismos de idealização primitiva.

### SWAP-200

A avaliação do SWAP-200 inclui o diagnóstico e a formulação descritiva do caso. Em termos de diagnóstico do Eixo II (*PD T-Scores*), Juliana não apresenta características marcantes que preencham critérios para transtorno de personalidade, porém apresenta características depressivas ( $T= 54,0$ ) e dependentes ( $T=53,8$ ). Seu Índice de Saúde Psicológica (*Psych Health Index*) é  $T=55,5$ , apontando para um potencial de saúde psíquica da paciente em comparação à média da população, conforme ilustrados na Figura 4.

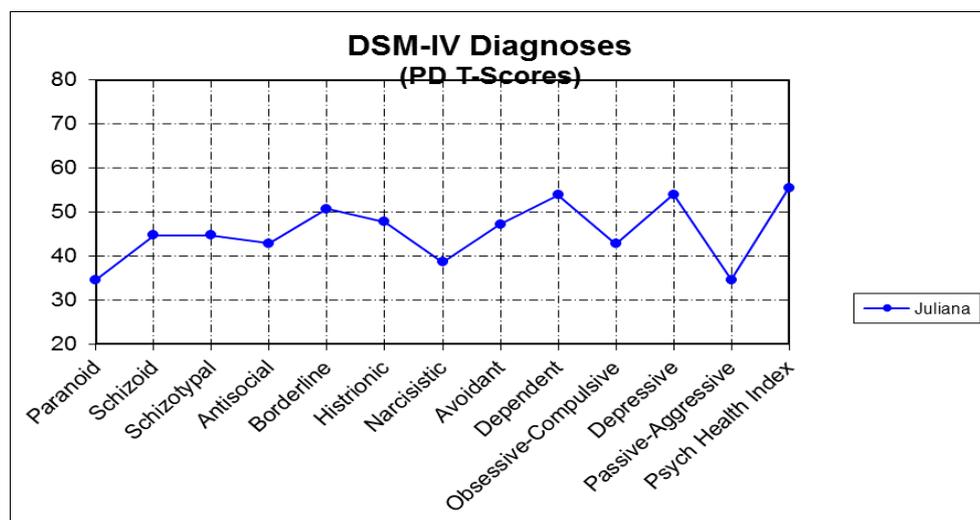


Figura 4. Diagnóstico segundo o DSM-IV (PD T-Scores)

Levando em consideração a formulação do caso proposta pelo SWAP-200, Juliana é empática, sensível e responsiva aos sentimentos e necessidades dos outros (59<sup>2</sup>), sente-se bem em pertencer e contribuir com a comunidade (37) despertando a simpatia dos outros (51). Entretanto, costuma idealizar algumas pessoas de modo

<sup>2</sup>Os números apresentados entre parênteses indicam o item do SWAP-200 a que se refere à característica de personalidade.

irrealista (45), tornando-se rápida ou intensamente apegada às outras pessoas, desenvolvendo sentimentos e expectativas que não correspondem ao contexto do relacionamento (11). Possui dificuldades em expressar sua raiva (25), sua agressividade é passiva e indireta (78), sente-se culpada ou responsável por coisas ruins que acontecem (01). Mostra-se ansiosa e acometida por pensamentos obsessivos que considera como sendo sem sentido (06). Apresenta dificuldade em se desfazer de coisas desgastadas ou inúteis; costuma acumular, colecionar, se apegar às coisas (69).

É capaz de manter um relacionamento amoroso e significativo, caracterizado por intimidade genuína e cuidado amoroso (32), porém mostra-se ciumenta (80) e costuma sentir-se excluída (149) carente e dependente, exigindo constantemente ser reassegurada (77). Ao mesmo tempo em que teme ser rejeitada ou abandonada por aqueles que lhe são emocionalmente significativos (98), costuma negar ou rejeitar as próprias necessidades de cuidado, conforto e envolvimento (159), demonstrando ao mesmo tempo precisar e rejeitar os outros (167). Frequentemente sente-se infeliz, deprimida e desanimada (189), não encontrando sentido na vida (50), sente-se inadequada, inferior ou fracassada (54). Costuma vivenciar sentimento de vazio e tédio (90), luta com desejos suicidas genuínos (168), chegando a fazer gestos ou ameaças repetidas de tentativas de suicídio seja “como um pedido de ajuda” ou tentando manipular os outros (142).

Apesar de possuir capacidade de usar seus talentos, habilidades e energia de forma produtiva e eficiente (02), Juliana apresenta dificuldades em tomar decisões (180), sua vida profissional costuma ser caótica ou instável (188). Embora possua fantasias de sucesso e poder (49), mostra-se inibida na busca de objetivos (33), sente-se letárgica, cansada e sem energia (30).

## **História de Vida**

Com base nas anotações clínicas da terapeuta, associadas a anotações dos juízes avaliadores do processo, elaborou-se a história de vida da paciente.

Juliana possui 18 anos, e seus pais divorciaram-se quando contava 3 anos, ela e o irmão, 2 anos mais velho, foram morar com a mãe. Alguns anos depois, nasce outro irmão, filho de um novo casamento de sua mãe. A paciente Referiu não ter registro dos pais juntos, entretanto recordou da relação agressiva que eles estabeleciam, pois o pai costumava beber e agredir a mãe e o irmão mais velho. Os pais estabeleceram uma relação conflituosa após a separação e, por esse motivo, o contato com o pai só foi retomado um ano antes do início do tratamento.

A mãe apresentava transtorno de humor bipolar, com episódios de descontrole dos impulsos, e não realizava tratamento, fazendo uso, por conta, de medicações psiquiátricas. Trabalhava em uma instituição religiosa, a qual toda a família frequenta. Sua carga horária neste local costumava ser de 12 horas por dia, desde a infância de Juliana. Após um segundo divórcio, a mãe teve mais dois relacionamentos afetivos, no que a paciente referiu que *ela gosta de seduzir homens*.

O pai fazia uso abusivo de álcool até passar a frequentar a instituição religiosa de aderência familiar. Com baixa escolaridade, alternava em funções empregatícias de baixa remuneração em órgãos administrados por esta igreja. Nunca estabeleceu relacionamentos afetivos após a separação da mãe. Na época do tratamento estava desempregado e, segundo Juliana, deprimido.

A infância de Juliana foi permeada por fantasias, pois costumava conversar e brincar com uma amiga imaginária, criava um mundo em que assumia outra personalidade, *era uma menina rica com pais ausentes*. Gratificava-se do desamparo vivenciado frente à ausência parental em leituras compulsivas, conta que lia livros e

seguia depois vivendo o enredo lido, conduta esta que Juliana seguia repetindo quando assistia seriados.

Seus relatos da infância evidenciavam completa ausência das figuras parentais, uma tia materna bastante afetiva residiu com a família durante seus primeiros cinco anos. A mãe, segundo a própria paciente, nunca soube cuidar, além de passar horas fora de casa, quando presente, brigava e reclamava muito dos filhos, agredindo-os fisicamente.

Durante o início de sua adolescência, fazia uso abusivo de álcool e maconha. Quando embriagada, costumava chorar e falar muito. A mãe era ciente destes ocorridos, visto que a jovem, eventualmente, fazia uso dessas substâncias em casa. Aos 13 anos, teve seu primeiro envolvimento afetivo com um rapaz 10 anos mais velho, que coordenava um grupo de jovens na igreja. Essa relação gerou muito sofrimento na paciente, pois o rapaz era noivo e, posteriormente, foi afastado da igreja. O irmão mais velho morou durante sete anos com a namorada e voltou para a casa da mãe, juntamente com a paciente. Ambos estabeleceram uma estreita relação, com amigos em comum e muitas conversas.

Juliana abandonou a escola no ano de 2012. Trabalhava em uma empresa de entrega – motoboy – onde ficou por três meses e foi demitida no início de 2013 por faltas e erros. Namorava há um ano com um rapaz de 23 anos, diagnosticado com transtorno de humor bipolar, que estava estável e fazendo uso de medicação.

No início de 2013, buscou atendimento em uma clínica psiquiátrica, onde foi encaminhada para psicoterapia individual de orientação psicanalítica e também para avaliação psiquiátrica. O diagnóstico realizado pelo psiquiatra durante a etapa inicial do tratamento psicoterápico, utilizando-se do modelo proposto para diagnóstico multiaxial do DSM-IV-TR (APA, 2002), foi de transtorno depressivo maior.

### **Diagnóstico Psicodinâmico**

As vivências iniciais de Juliana permeiam uma dinâmica funcional com déficits significativos, entendendo-se que o quadro depressivo originou-se da falta de investimentos libidinais necessários à constituição psíquica. O diagnóstico infantil de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade declarava a falta de investimento parental.

Assim, a negligência materna exigiu de Juliana desenvolver recursos precocemente para suprir esta falta. O ego afetado pela dor defende-se buscando na fantasia a gratificação carente na realidade. Esta manobra defensiva pareceu ter auxiliado e protegido a paciente frente ao reconhecimento de constantes falhas ambientais e relacionais, causadoras de lacunas psíquicas primitivas ao *self*.

Essas estratégias dispendidas na infância elucidam o funcionamento de Juliana, o trânsito entre fantasia e realidade impedia a jovem de finalizar tarefas circundantes ao amadurecimento egóico. A dificuldade, por exemplo, em adaptar-se às exigências do mercado profissional parecia ser mascarada por uma diminuição de ideais. Nesses momentos, o ego esvaziado se deprimia. Contudo, mesmo enfraquecido, o ego mantinha-se conectado, seu mundo imaginativo não interferia na capacidade que Juliana apresentava de diferenciação da realidade interna e externa, visto que, conseguia distinguir seus conflitos internos de fatos ocorridos na realidade.

O abuso de substâncias no início da adolescência parecia estar mais a serviço de uma necessidade de obtenção da atenção materna do que, propriamente, alívio da pulsão. O uso não era decorrente de um impulso, constituído pela necessidade, ele vinha como um desejo, a necessidade era de preenchimento narcísico, de atenção, de constituir um eu.

A dificuldade enfrentada pela paciente referia-se ao amadurecimento egóico, pois as defesas imaturas de Juliana obstaculizam a mudança. Entende-se que frente a tanta falta, a renúncia necessária ao desenvolvimento emocional para a fase adulta é adiada pela paciente. Nesse sentido, o uso esporádico de maconha pareceu ser o combustível do refúgio da realidade do amadurecimento.

### **Análise do Processo**

A primeira etapa da psicoterapia foi constituída por 12 sessões. A tabela 1 apresenta os itens mais e menos característicos desta etapa.

Tabela 1  
*Dez itens mais e 10 itens menos característicos da primeira etapa*

Item	Descrição	Média	DP
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração	8,50	,67
46	Terapeuta se comunica com o jovem num estilo claro e coerente	8,25	,96
03	Observações do terapeuta são destinadas a facilitar fala da paciente	7,58	,90
09	Terapeuta trabalha com o jovem para tentar dar sentido à sua experiência	7,58	1,25
18	O terapeuta transmite um sentido de aceitação não crítica	7,25	1,65
06	Jovem descreve suas experiências emocionais nas interações com pessoas significativas	7,25	1,42
72	Jovem se engaja animadamente na discussão de pensamentos e ideias	6,91	1,50
35	A autoimagem é um foco de discussão	6,83	1,58
97	Terapeuta encoraja reflexão sobre estados e afetos internos	6,75	2,37
65	Terapeuta reafirma ou reformula a comunicação do jovem a fim de clarificar seu significado	6,75	1,71
52r <sup>3</sup>	Jovem tem dificuldades com o encerramento das sessões	2,83	1,64
30r	Jovem tem dificuldade de iniciar a sessão	2,75	2,22
14r	Jovem não se sente entendido pelo terapeuta	2,75	1,60
20r	O jovem é provocativo, testa os limites da relação terapêutica	2,66	1,23
32r	Jovem adquire uma nova compreensão	2,41	1,92
51r	Jovem atribui suas próprias características ao terapeuta	2,33	1,07
15r	O jovem não inicia ou elabora os tópicos	2,33	1,82
05r	O jovem tem dificuldade em entender os comentários do terapeuta	2,25	1,76
42r	Jovem rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta	2,08	1,56
87r	Jovem controla a interação com o terapeuta (é controlador)	1,91	,90

<sup>3</sup> Itens do APQ que se comportaram de maneira reversa, incharacterística.

### **Narrativa descritiva- primeira etapa da psicoterapia (12 sessões)**

A narrativa descritiva da primeira etapa da psicoterapia foi elaborada com base nos itens do instrumento APQ com maior e menor relevância. Foram considerados 10 itens mais e 10 itens menos característicos das primeiras 12 sessões da psicoterapia.

A paciente costumava iniciar a sessão falando direto o que é relativo a ela (30r), seu discurso era criativo e engajado na discussão de pensamentos e ideias (72). Mostrava-se disposta a quebrar silêncios explorando tópicos espontaneamente ou em resposta a comentários da terapeuta (15r), que eram devidamente considerados (42r), porém não houve evidências de *insight* da paciente durante as sessões (32r).

Foram discutidos, durante as sessões, sentimentos associados a interações com pessoas significativas (06). Também foi foco de discussão sentimentos, atitudes e percepções de si mesma (35), em que conseguia reconhecer suas próprias características ou sentimentos, não os atribuindo à terapeuta (51r).

A comunicação da terapeuta era clara e coerente (46), com observações destinadas a facilitar a fala da jovem (03), que prontamente compreendia seus comentários (05r). A terapeuta costumava elaborar perguntas destinadas a obter informações, ou pressionar a jovem a rever com mais detalhes algumas ocorrências (31), encorajando a paciente a refletir sobre seus estados e afetos internos (97).

A terapeuta transmitia uma sensação de aceitação não crítica, trabalhando com a paciente sem julgá-la (18). Em muitos momentos, reafirmava ou reformulava a comunicação da paciente a fim de clarificar seu significado (65), visando trabalhar com a mesma para tentar dar sentido a sua experiência (09).

A paciente transmitia, durante todo o processo, a sensação de que a terapeuta compreendia as suas experiências ou sentimentos (14r), mostrando-se dócil e respeitosa

(20r), não exercendo controle sobre a interação (87r). Não foram evidenciadas dificuldades com o encerramento das sessões (52r).

A segunda etapa da psicoterapia foi constituída por oito sessões. A Tabela 2 apresenta os itens mais e menos característicos desta etapa.

Tabela 2  
*Dez itens mais e 10 itens menos característicos da segunda etapa*

Item	Descrição	Média	DP
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração	8,37	,70
37	Terapeuta permanece empático quando confrontado com intensos sentimentos ou impulsos do jovem	7,87	,97
17	Terapeuta estrutura ativamente a sessão	7,75	1,06
09	Terapeuta trabalha com o jovem para tentar dar sentido à sua experiência	7,50	1,03
97	Terapeuta encoraja reflexão sobre estados e afetos internos	7,50	,88
46	Terapeuta se comunica com o jovem num estilo claro e coerente	7,37	1,57
35	A autoimagem é um foco de discussão	7,37	1,12
03	Observações do terapeuta são destinadas a facilitar a fala do jovem	7,37	,95
24	Jovem demonstra capacidade de vincular estados mentais a ações ou comportamentos	7,25	1,37
38	O terapeuta e o jovem demonstram uma compreensão mútua em relação a eventos ou sentimentos	7,12	1,15
53r	Jovem discute experiências como se estivesse distante de seus sentimentos	2,87	1,34
93r	Terapeuta se abstém de tomar posição em relação aos pensamentos ou comportamentos do jovem	2,62	1,92
78r	Jovem procura aprovação, afeição ou simpatia do terapeuta	2,62	1,35
67r	Jovem demonstra dificuldade para se concentrar ou manter a atenção durante a sessão	2,37	1,71
51r	Jovem atribui suas próprias características ao terapeuta	2,37	2,32
15r	O jovem não inicia ou elabora os tópicos	2,25	1,69
14r	Jovem não se sente entendido pelo terapeuta	2,25	1,75
87r	Jovem controla a interação com o terapeuta (é controlador)	1,87	1,28
52r	Jovem tem dificuldades com o encerramento das sessões	1,87	2,25
05r	O jovem tem dificuldade em entender os comentários do terapeuta	1,37	,92

### **Narrativa descritiva- segunda etapa da psicoterapia (oito sessões)**

A narrativa descritiva da segunda etapa da psicoterapia foi elaborada com base nos itens do instrumento APQ com maior e menor relevância. Foram considerados 10 itens mais e 10 itens menos característicos das oito sessões realizadas após o primeiro abandono da psicoterapia.

Durante as sessões, a paciente não exerceu controle sobre a interação com a terapeuta (87r), mostrando-se disposta a quebrar silêncios, explorando tópicos

espontaneamente e em respostas a observações da terapeuta (15r) que eram destinadas a facilitar a fala da jovem (03).

Foram discutidos sentimentos, atitudes e percepções de si (35) com envolvimento afetivo sobre o material (53r). A paciente demonstrava capacidade de vincular estados emocionais a ações ou comportamentos (24), reconhecendo suas próprias características ou sentimentos (51r).

Apesar de a paciente apresentar capacidade de manter a atenção durante as sessões (67r), a terapeuta intervinha para focar a discussão (17) com uma comunicação clara e facilmente compreensível (46). Costumava solicitar mais informações e elaborações (31) a fim de trabalhar ativamente para ajudar a paciente a dar sentido a sua experiência (09), encorajando a reflexão de afetos e estados internos (97).

Juliana entendia os comentários da terapeuta (05r) e transmitia a sensação de que a mesma compreendia a sua experiência ou sentimentos (14r), e ela não costumava buscar aprovação ou simpatia da terapeuta (78r). Frente a impulsos ou intensos sentimentos da paciente, a terapeuta permanecia pensativa e empática (37), algumas vezes, expressava opiniões ou tomava posições, tanto explicitamente quanto implicitamente (93r). Observou-se que a jovem e a terapeuta partilhavam de uma mesma perspectiva sobre acontecimentos ou sentimentos (38). Além disso, a paciente não apresentava dificuldades com o encerramento das sessões (52r).

### **Análise temática das sessões**

A análise temática das sessões foi construída a partir do registro dos juízes avaliadores do processo. Dessa forma, foram desenvolvidas tabelas com temáticas discutidas em cada sessão nas distintas etapas.

As temáticas discutidas nas 12 sessões que constituíram a primeira etapa da psicoterapia estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3  
*Sessões e temáticas discutidas na primeira etapa da psicoterapia*

Sessão	Temática discutida
01	Terapeuta propôs aumento da frequência
02	Discussão sobre diagnóstico infantil de TDAH
03	Preocupação/Irritação com uso de maconha do irmão
04	Lembrança de um acidente da infância
Falta	
05	Terapeuta aprofundou percepção que paciente tem dos pais
Falta	
06	Fantasia foram exploradas a partir de relatos sobre infância
07	Manifestação de ansiedade e tensão na sessão. Vergonha dos conteúdos relatados na sessão anterior. Entrega carta para a terapeuta com sentimentos de abandono pelo namorado
Falta	
Falta	
08	Sentimentos de abandono parental foram relatados e explorados
09	Entrega carta para terapeuta com pensamentos de morte
10	Sintomas obsessivos da infância foram relatados
Falta	
Falta	
11	Terapeuta sugeriu chamar mãe na psicoterapia
12	Constantes silêncios – resistência
	Abandono

As temáticas discutidas na segunda etapa do processo, que envolveram a realização de oito sessões após o primeiro abandono da psicoterapia, estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4  
*Sessões e temáticas discutidas na segunda etapa da psicoterapia*

Sessão	Temática discutida
13	Discussão sobre interrupção da primeira etapa
	Recontrato das combinações da psicoterapia
14	Lembranças da infância envolvendo adoecimentos infantis e falta de cuidados maternos
	Relação indiscriminada com irmão
15	Sintomas obsessivos
	Integração de afetos mais agressivos
Falta	
16	Uso de maconha
Falta	
17	Exploração de fantasias
	Pensamentos de morte
18	Interpretação de um possível novo abandono
19	Ciúmes do namorado
	Silêncios- Paciente deprimida
20	Tatuagem é mostrada para terapeuta
	Abandono

## Discussão

A discussão do caso de Juliana consiste na integração de dados empíricos sobre a paciente e sobre o processo, com dados clínicos envolvendo aspectos dinâmicos de sua história de vida reatualizados na psicoterapia e exemplificados com falas da paciente. Essa associação buscou contribuir para diminuição da lacuna existente entre a prática clínica e a pesquisa empírica. Assim, as anotações realizadas pelos juízes avaliadores para a codificação das sessões, conforme manual do APQ, juntamente com aspectos dinâmicos e clínicos da paciente possibilitaram a construção do entendimento clínico do processo. Os resultados discutidos que dizem respeito à paciente foram constituídos a partir da pontuação dos instrumentos de autorrelato, que avaliaram os mecanismos defensivos e a sintomatologia juntamente com dados descritivos obtidos após o preenchimento do SWAP-200 pela pesquisadora.

Juliana buscou tratamento queixando-se de irritabilidade e sintomas depressivos, conforme apontado no SCL-90-R, seus sintomas predominantes abrangiam hostilidade, depressão e obsessividade-compulsividade. Os sintomas depressivos vistos no SCL-90-R foram evidenciados na formulação de caso proposta pelo SWAP-200, que indicou a presença de sentimentos de infelicidade (189), tédio e vazio (90) com falta de sentido na vida (50). A inabilidade da paciente em atingir seus objetivos de vida, principalmente no que se refere aos estudos, demonstrava a sua conduta depressiva, visto que a paciente disponibilizava de recursos cognitivos para tal, porém não conseguia manter assiduidade e efetividade prejudicando-se funcionalmente. Nesse sentido, a consonância com a formulação de caso proposta pelo SWAP-200 evidenciou que apesar de possuir capacidade de usar seus talentos, habilidades e energia de forma produtiva e eficiente (02), Juliana apresentava dificuldades em tomar decisões (180), e sua vida profissional costumava ser caótica ou instável (188).

As sessões precedentes aos dois abandonos do processo trouxeram pensamentos de morte, característicos de um transtorno depressivo e concordantes com características descritas no SWAP-200, tais como presença de desejos suicidas genuínos (168) e gestos ou ameaças repetidas de tentativas de suicídio, seja como um pedido de ajuda ou tentando manipular os outros (142).

A presença de pensamentos obsessivos constituiu a sintomatologia obsessiva - compulsiva descrita no SCL-90-R. A paciente referiu, em diversas sessões, rumações de pensamentos que por falta de recursos egóicos foram descarregados em leves rituais de limpeza, ordem e arrumação, *quando eu era criança tinha uma mania quando comia, dava uma garfada e ficava conferindo em cima da mesa se não havia caído nada ao redor do prato (...). Até hoje levanto da cama diversas vezes para colocar tudo no lugar, principalmente tapetes e almofadas.* Na formulação de caso proposta pelo SWAP-200, a paciente mostrava-se ansiosa e acometida por pensamentos obsessivos, que considerava como sendo sem sentido (06), com tendência a apresentar dificuldade em se desfazer de coisas desgastadas ou inúteis; costumava acumular, colecionar, se apegar as coisas (69), *guardo todas as coisas da minha infância em caixas etiquetadas, faço coleções de coisas e no fim acho que não servem para nada, um monte de entulhos no meu quarto.*

O estilo defensivo apontado no DSQ-40 indicou a prevalência do uso da fantasia autística (score 9), o que contribuiu para submersão num encapsulamento autista com o propósito da resolução do conflito e da gratificação, *sempre quando estou triste, penso que posso ficar no meu quarto lendo livros e vendo seriados.* Este recuo da realidade pelo uso excessivo de fantasia parece ter sido a alternativa encontrada pelo ego frente às dores do abandono parental, o que fica explícito na fala de Juliana: *ficava muito tempo*

*sozinha em casa quando criança, eu gostava, colocava um DVD e imaginava pessoas me assistindo e aplaudindo.*

A agressividade manifestada de forma passiva e indireta (78), referida no SWAP-200, juntamente com as consequências de uso maciço de mecanismos de defesa imaturos poderiam constituir fatores preditivos ao abandono, visto que comportamentos autopunitivos decorrentes de *acting out* recaíam sob o ego de Juliana, contribuindo para uma conduta procrastinadora com inabilidade em escolhas propulsoras ao desenvolvimento emocional. Nesse sentido, o estudo de Hauck et al.(2007) demonstra que indivíduos com níveis mais baixos de autoestima e um uso mais frequente de defesas imaturas tendem a abandonar psicoterapias.

A hostilidade, sintoma do SCL-90-R, reconhecida pela própria paciente, não ficava evidenciada na análise do processo (APQ). Durante as sessões, principalmente da primeira etapa do tratamento, a paciente mostrava-se dócil e respeitosa (20r), o que poderia estar associado com a dificuldade na expressão da raiva (25) apontada na formulação do caso proposta pelo SWAP-200, juntamente com sentimento de culpa ou de responsabilidade por coisas ruins que aconteciam (01). Seu temor frente a um estreitamento da relação, proposto pela frequência psicoterápica, ameaçava o ego, que disponibilizou da atuação como defesa.

A dinâmica pulsional de Juliana era regida por uma economia psíquica que despendia energia, emaranhando-se em conflitos inibidores de crescimento. Nesse sentido, entende-se o abandono da psicoterapia como representante do temor frente à exploração de traumas e conflitos infantis, que se apresentavam no processo como entraves emocionais paralisantes ao desenvolvimento psíquico. Um recorte da formulação do caso proposta pelo SWAP-200 elucidou a dinâmica pulsional da paciente que pode estar associada ao fenômeno do abandono. Ao mesmo tempo em que teme ser

rejeitada ou abandonada por aqueles que lhe são emocionalmente significativos (98), costuma negar ou rejeitar as próprias necessidades de cuidado, conforto e envolvimento (159), demonstrando ao mesmo tempo precisar e rejeitar os outros (167).

### **Entendimento Clínico do Processo**

Todas estas contribuições entram em consonância com aspectos observados pelos juízes avaliadores do processo psicoterápico e constituem o entendimento clínico da psicoterapia apresentado a seguir. As sessões iniciais caracterizaram-se pelo engajamento da paciente, que se mostrava disposta e empolgada com a terapia (APQ05r, APQ14r, APQ15r, APQ 42r, APQ72), contribuindo ativamente para o processo. Assim, relatou conteúdos significativos referentes às suas ideologias e algumas características pessoais (APQ35), e fatos de sua vida foram associados a conflitos internos (APQ06, APQ09, APQ65, APQ97). Logo na primeira sessão, a terapeuta propôs um aumento da frequência para duas sessões semanais, ao que, prontamente, a paciente aceitou, entretanto pouco pode cumprir dessa frequência no decorrer do processo.

Durante a quarta sessão, a terapeuta incentivou (APQ03, APQ31) a paciente a contar sobre um relacionamento afetivo que teve no início de sua adolescência. Ela mostrava-se envergonhada e preocupada com o que a terapeuta pudesse pensar a seu respeito, visto que este relacionamento se deu com um homem comprometido e 10 anos mais velho. Essa relação foi definida pela própria paciente como uma *desgraça* em sua vida, e foi relatada com um aparente distanciamento afetivo do sofrimento envolvido. As intervenções da terapeuta contribuíram para relevantes associações da paciente (APQ09, APQ65, APQ97), visto que, a partir do relato desse episódio afetivo causador de tanto sofrimento, ela lembrou, durante a sessão, de um acidente vivenciado na

primeira infância, em que cai, aos 3 anos de idade, de um terraço e demorou a ser socorrida e a mãe demorou a perceber sua falta.

Esse acidente trouxe marcas no corpo da paciente que tinha uma cicatriz extensa e aparente em seu braço, entretanto utilizava-se do isolamento do afeto (DSQ-40; escore 3) como um recurso defensivo frente à negligência materna, o que tornou inviável à paciente obter *insight* durante essa etapa do processo. A aprendizagem feita por meio do *insight* produz modificações no *self* que continuarão espontaneamente no sujeito analisado, permitindo a compreensão adquirida em todas as experiências ulteriores (Klein, 1950).

A proximidade com a integração dos afetos tornou-se tão ameaçadora ao *self* de Juliana que ela recua, tendo sua primeira falta na psicoterapia. A quinta sessão é caracterizada por uma estruturação mais ativa da terapeuta, que não nomeia a falta, mas busca conhecer a percepção que a paciente tem de seus objetos primários (APQ 03, APQ 31). A mãe, segundo ela, era *estranha, esquisita, bipolar, sei lá... uma mãe que não é presente, mas também não é tão ausente assim, ela tenta dar o melhor mesmo que ela não saiba o que é o melhor, tenta dar as coisas, mas não sabe o que realmente preciso, quando pequena ela não sabia que precisava me dar atenção então ela não me dá atenção, mas me deu casa, comida, roupas, nunca me faltou nada*. O pai era descrito como *esquisito e ausente*, digno de pena pela paciente, que o percebia solitário e sem atenção dos filhos. Essa sessão, por sua vez, pareceu trazer à consciência o abandono parental e as possíveis consequências na estruturação de sua personalidade (APQ97, APQ65, APQ87r). Os sentimentos oriundos desse período pareceram assumir uma intensidade que seu aparelho psíquico não dispôs de recursos (APQ32r) para digerir, então, a sessão seguinte ficou vazia novamente. Mais uma falta.

Inscrições psíquicas da infância pareceram voltar à tona na sexta sessão em forma de descrições do seu mundo imaginativo (APQ30r). Juliana contou sobre seus sonhos, diante dos quais acordava assustada: *eu sozinha, vendo o mundo acabar e as pessoas nas lojas comprando coisas*. Ao mencionar uma amiga imaginária da infância, evidenciou-se que a paciente utilizava-se de recursos fantasiosos para enfrentamento da realidade.

A ansiedade da paciente parece se elevar na sétima sessão, quando a resistência aparece na vergonha que referiu sentir da terapeuta pelos conteúdos mais primitivos comentados na sessão anterior. A terapeuta acolheu e narcisizou a paciente, que conseguiu, nesses momentos de investimento, conectar eventos passados com dificuldades atuais (APQ18, APQ97). Os conteúdos psíquicos pareceram carecer de representações nomeadas e transbordaram à sessão. Diante disso, a paciente entregou uma carta para a terapeuta ler fora do seu espaço. As duas sessões seguintes foram ausentes, a ocupação do seu espaço na sessão ficou a cargo dos conteúdos escritos.

A sessão 8 iniciou com ansiedade da paciente, porém, na medida em que a terapeuta nomeou faltas das sessões anteriores e explorou seu significado (APQ09), ela conseguiu associar livremente, fazendo conexões importantes aos conteúdos discutidos, e podendo reconhecer a possibilidade de sentir raiva de quem ama (APQ 97). Na sessão seguinte (sessão 9) outros conteúdos foram explicitados pela paciente (APQ15r, APQ30r, APQ51r) através da escrita de uma nova carta, que foi lida pela terapeuta durante a sessão. Mesmo envergonhada, a paciente seguiu as intervenções terapêuticas referentes a pensamentos de morte, tristeza e raiva (APQ42r, APQ87r).

A paciente mostrou-se mais silenciosa durante a décima sessão, relatou alguns sintomas obsessivos da infância, porém não fez conexões relevantes com sua conflitiva atual (APQ32r). Assim, não houve evidência de que a paciente tenha conseguido

alcançar uma compreensão mais integrada sobre seu estado depressivo. Comunicou que estaria ausente na próxima sessão em função do seu trabalho, entretanto acaba faltando também à sessão seguinte.

A paciente inicia a décima primeira sessão justificando sua falta: teve uma infecção urinária recorrente. A dor depositada no corpo auxiliou defensivamente o ego do sofrimento causado ao tomar conta, mais uma vez, com negligências importantes da infância. Nessa sessão, a paciente relatou episódios de adoecimentos infantis sem nenhum tipo de continência materna, esses relatos mostraram-se dissociados de afeto e a conduta negligente da mãe foi entendida racionalmente pela paciente. A terapeuta sugeriu que pudessem chamar a mãe para conversar e a paciente alegou que talvez a mãe não conseguisse ir em função do horário de trabalho.

A sessão que antecede o abandono foi caracterizada por breves, mas repetidos momentos de silêncio. A paciente apresentava-se esvaziada, rígida e resistente; a terapeuta, por sua vez, direcionou intervenções que visavam explorar vivências infantis e estados emocionais (APQ 97). Entretanto, a paciente evadiu, não encontrou recursos internos capazes de tolerar tamanha atenção disponibilizada pela terapeuta (APQ18).

A paciente ausentou-se do processo por 2 meses. Entretanto, durante o período em que esteve afastada da psicoterapia, Juliana enviava esporádicas mensagens telefônicas expressando desejo de retornar ao tratamento psicoterápico. Até que foi efetivado o contato telefônico com a terapeuta e retomaram as sessões.

A sessão de retomada ao processo foi caracterizada pela discussão da interrupção. Juliana verbalizou que a terapia estava fazendo com que ela refletisse acerca de fatos tristes de sua vida, e que considerava desnecessário, visto que já compreendeu tudo e que *o que passou, passou* (APQ53r, APQ78r, APQ37). A terapeuta assumiu, então, uma postura mais ativa (APQ17), pontuou que a paciente desconfiava

da atenção recebida, associando também a interrupção da psicoterapia com a parada da medicação, *acredito que a medicação ajudaria a te deixar mais forte e assim poderíamos ficar mais próximas.*

A terapeuta mostrou-se compreensiva quanto à dificuldade de aderência a psicoterapia, *sei o quanto este processo é dolorido para ti, talvez por isso, tenha que ir e vir* (APQ38, APQ09, APQ37). Recontrataram a frequência para uma vez por semana e a terapeuta propôs que trabalhassem nas sessões com focos mais específicos, provavelmente, buscando diminuir a ansiedade da paciente frente ao desconhecido.

Conteúdos bastante significativos foram explorados nas sessões 14 e 15 (APQ24, APQ35), pois graças ao isolamento do afeto, a paciente percorreu seus traumas primitivos, relatou, através da lembrança de cenas primárias, a falta de investimento libidinal materno, contou que quando adoecia a mãe não sabia cuidar, chegando em casa do trabalho e refugiando-se nas novelas. Pensou, inclusive, que, como desde cedo aprendeu a se cuidar, a mãe nunca precisou ter essa preocupação (APQ24, APQ51r).

Juliana estabeleceu relação indiscriminada com o irmão mais velho: *a gente é muito ligado, sempre quando um fica mal o outro também fica, mesmo que a gente não esteja perto, é uma coisa louca isso.* Essa indiscriminação pareceu ser originária da primeira infância, pois a paciente lembrou que todas as roupas que não serviam mais no irmão ficavam para ela: *a mãe nunca se preocupou se eu gostava ou não, parece que não via que eu era menina, odeio ver fotos da infância, estou sempre desarrumada com roupa de menino.* Interessante acrescentar, aqui, que Juliana vestia-se com roupas bastante masculinizadas.

Os sintomas obsessivos, tão pertinentes ao controle de impulsos mais agressivos, pareceram ser o recurso utilizado pelo ego de Juliana na sessão 15. Frente ao acesso aos

conflitos primitivos, como os explorados na sessão 14, a paciente atemorizou-se, entretanto, ao invés de atuar nas faltas, recorreu a um onipotente desejo: *queria ter um controle remoto do que sinto*. A Terapeuta convidou a paciente a pensar sobre a raiva que podia ter da mãe e do pai, e a integração de afetos mais agressivos tornou-se o foco da sessão (APQ97, APQ17, APQ09, APQ53r).

Todavia, o temor ressurgiu e Juliana atuou, novamente, ausentando-se da sessão seguinte. A indiscriminação com o irmão mais velho voltou a aparecer na sessão 16, quando Juliana referiu estar fumando maconha todos os dias, juntamente com ele. A droga parecia anestesiar a dor do abandono *quando fumo tudo fica melhor, a vida mais leve e mais engraçada, eu e o mano conversamos muito quando fumamos, acho até que tenho vários insights*. A função terapêutica passou a ser da maconha e Juliana faltou novamente à psicoterapia.

O afastamento da realidade possibilitado pelos cigarros de maconha desfrutados por Juliana geravam alívio e onipotência ao ego. A sessão 17 foi caracterizada pela exploração das fantasias da paciente. A partir das intervenções da terapeuta, (APQ97, APQ09) a paciente associou livremente e relatou com riqueza de detalhes o mundo imaginário que a acompanhou durante a infância e adolescência (APQ67r, APQ15r). Neste mundo *eu era uma menina muito rica, morava com os empregados em um grande apartamento, a mãe estava sempre viajando e o pai nos negócios*, esse pareceu ter sido o arranjo encontrado pela paciente para justificar a falta dos pais. Entretanto, a mãe, presente fisicamente, viajava e o pai, tão frágil, tornou-se um poderoso homem de negócios.

Frente às interpretações da terapeuta quanto ao seu temor em acessar conteúdos tristes, Juliana justificou: *sempre quando estou muito mal, penso que existem livros e seriados para assistir*. Percebe-se que a continência, nunca encontrada nos objetos

primários, ficou a cargo da ficção (APQ97, APQ09). A falta de investimento narcísico desses pais também foi suprida com suas fantasias: *quando eu era criança, ficava muito tempo em casa sozinha, gostava muito de assistir DVD'S musicais, cantava e dançava pela sala, imaginava muitas pessoas ali me assistindo e aplaudindo.*

Ao final dessa sessão, a paciente questionou diretamente a terapeuta quanto aos benefícios desses recursos fantasiosos para seu desenvolvimento emocional (APQ93r), frente a afirmativa da terapeuta, silenciou reflexivamente. Contudo, frente à nova colocação da terapeuta sobre o episódio do acidente vivenciado aos 3 anos de idade, ela recompõe a defesa: *qual o problema com o tombo, eu só quebrei o braço.* Diante disso, a terapeuta convidou-a a refletir: *Como uma criança tão pequena anda de motoca sozinha em um terraço?*(APQ03, APQ 09, APQ17, APQ46, APQ05r).

O silêncio invadiu as últimas sessões da segunda etapa do processo. Os pensamentos sobre morte voltaram à tona e anunciaram o abandono, que foi assinalado pela terapeuta: *quando foi embora daqui, estavam surgindo pensamentos de morte, só que desta vez está podendo falar, a outra vez, escreveu e deixou aqui comigo.* Frente a esta observação, a paciente associou e discutiu sobre as duas “Julianas” existentes, uma do mal e outra do bem: *o pior é que quando uma aparece a outra demora a perceber, e tem uma que não gosta de falar em coisas tristes* (APQ37, APQ38, APQ93r, APQ67r, APQ14r, APQ. 05r).

A sessão 19 foi focada no ciúme que sentia do namorado: *acho infantil sentir isso, só que eu sinto, que saco, não queria sentir* (APQ51r). A não tolerância em vivenciar angústias geraram atuações que elucidaram o abandono. Contudo, o desejo em terminar o namoro mesmo gostando dele *acho melhor terminar tudo, assim não sofro.* Seus pensamentos de morte prevaleceram e, de fato, pareceu que a Juliana que não gostava de falar em coisas tristes predominou e ambas as “Julianas” fugiram da

psicoterapia, contrariando o pedido da terapeuta: *Fico preocupada com a possibilidade de ir embora, o problema é que se tu for, as Julianas vão contigo, seria bom se tolerasse a psicoterapia e pudesse deixar essa Juliana mal aqui comigo* (APQ37, APQ93r).

A sessão precedente ao abandono da psicoterapia foi caracterizada por pouca exploração de temáticas relacionadas a seus conflitos. A paciente mostrou-se deprimida, paralisada e sem perspectivas. A pouca capacidade egóica na obtenção de recursos propulsores ao amadurecimento buscou um rearranjo atuado, melhor dizendo, tatuado no corpo: Juliana mostrou à terapeuta a frase tatuada no braço que havia feito naquela semana, *um brinde para nunca crescermos*, este pareceu ser o anúncio do abandono.

Analisando a psicoterapia psicanalítica pelo viés de um processo, observou-se que a paciente apresenta falhas na conexão dos afetos com seus conflitos internos, em que de uma forma incipiente, buscou conectar seu sofrimento com a falta de investimento libidinal dos objetos primários. Entretanto, a falta do registro de uma relação de cuidados e a impossibilidade de obtenção de *insight* podem ter contribuído para o afastamento de Juliana da psicoterapia. Nesse sentido, um estudo inglês, realizado com 55 adolescentes, entre 11 e 19 anos, que apresentam dificuldades emocionais, aponta que o *insight* de um adolescente influencia tanto a aderência terapêutica como o desfecho clínico (Gatta et al., 2010). Um recente estudo nacional, realizado com pacientes que abandonaram a psicoterapia psicanalítica na 28ª sessão, aponta que, dentre outras causas subjacentes ao abandono, está a baixa capacidade de *insight* (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2015).

Em síntese, com base na análise da descrição da psicoterapia e no entendimento clínico do processo, pode-se evidenciar que Juliana abandona a psicoterapia acompanhada por sua sintomatologia e amparada por defesas imaturas. Pode-se

interpretar que o abandono representa a falta de recursos emocionais necessários ao enfrentamento de seus conflitos. Todavia, a paciente tem um potencial de saúde psicológica, identificado pelo SWAP-200, o que além de indicar uma disponibilidade interna para o processo pode apontar para um possível retorno à psicoterapia, sugerindo um indicativo de êxito terapêutico. Embora o objetivo central do estudo não contemple a avaliação das variáveis da terapeuta e da interação, os itens descritos evidenciam uma boa aliança terapêutica.

### **Considerações Finais**

A exploração de fenômenos ocorridos nas psicoterapias assume relevância em estudos na medida em que a clínica se integra à pesquisa. As pesquisas em psicoterapia devem enfatizar a compreensão ou explicação e não mais a descrição do processo (Ablon & Jones, 2005). Nesse sentido, o presente artigo evidenciou a consonância de dados empíricos obtidos através da análise do processo psicoterápico com características dinâmicas e clínicas da paciente, apontando para a viabilidade desta integração.

A psicoterapia convidou Juliana a reatualizar, na transferência, sua conflitiva de base, entretanto a internalização de uma figura materna negligente vai ao encontro de uma terapeuta disponível e continente. A ausência materna evidenciada na psicoterapia e com possibilidades de reatualizações através de uma relação terapêutica investida poderiam preencher lacunas e proporcionar um avanço emocional importante, que parece ter sido refutado pela ameaça detectada no ego e defendida na atuação, no abandono do tratamento.

Considerando as limitações que um estudo de caso apresenta, este artigo buscou refletir acerca de fenômenos frequentes e complexos comuns na clínica atual. Concluiu-

se que a não aquisição de *insight* da paciente durante as sessões, principalmente no que se refere à primeira etapa do tratamento, aliado a um estilo defensivo imaturo constituíram fatores preditivos ao abandono psicoterápico.

Contudo, frente aos diversos vértices de compreensão desse fenômeno, sugere-se a realização de pesquisas que visem à análise em profundidade, incluindo associações de especificidades de cada uma das variáveis possíveis de serem investigadas em um processo psicoterápico (paciente – terapeuta – interação). Dessa forma, a viabilidade de contemplar a avaliação de um processo tão subjetivo com medidas empíricas ampliam possibilidades de entendimentos e contribui com estratégias que possam prevenir e diminuir o abandono dos tratamentos.

### Referências

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-68. doi: 10.1177/00030651050530020101
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4. ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256..Retrieved from [http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1993/04000/The\\_Defense\\_Style\\_Questionnaire.6.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1993/04000/The_Defense_Style_Questionnaire.6.aspx)
- Bambery, M., Porcerelli, J. H., & Ablon, J. S. (2009). Prototypes of psychodynamic and CBT psychotherapy with adolescents: Development and applications for training. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(1), 175-181.
- Benetti, S. P. C., Esswein, G. C., Bernardi, G., Midgley, N., Calderón, A. (2014). Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ): Prototypes of psychoanalytic

- psychotherapy and cognitive behavioral therapy. *Book of Abstracts Society for Psychotherapy Research 45th International Annual Meeting* (pp.105).Copenhagen: Denmark.
- Blaya, C. (2005). *Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro* (Master's thesis). Retrieved from <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5601/000472900.pdf?sequence=1>
- Block, A. M., & Greeno, C. G. (2011). Examining outpatient treatment dropout in adolescents: A literature review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(5), 393-420. doi: 10.1007/s10560-011-0237-x
- Bloss, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. Martins Fontes: São Paulo.
- Calderón, A. (2014). *Development and validation of the Adolescent Psychotherapy Q-set (APQ)*. (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/1453282/>
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): administration, scoring, and procedures manual* (3. ed). Minneapolis: National Computer Systems, USA.
- Ferguson, R. J., Robinson, A. B., & Splaine, M. (2002). Use of the reliable change index to evaluate clinical significance in SF-36 outcomes. *Quality of Life Research*, 11(6), 509-516. doi: 10.1023/A:1016350431190
- Freud, S. (1992). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp.117-231). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1905)
- Gastaud, M. B., Basso, F., Soares, J. P. G., Eizirik, C. L., & Nunes, M. L. T. (2011). Preditores de não aderência ao tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças.

- Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (2), 109-115. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1328.pdf>
- Gatta, M., Spoto, A., Testa, P., Svanellini, L., Lai, J., Salis, M., Sauma, M., & Battistella, P. (2010). Adolescent insight within the working alliance: a bridge between diagnostic and psychotherapeutic processes. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 1, 45-52. doi: 10.2147/AHMT.S9323
- Gerber, A., Kocsis, J., Milrod, B., Roose, S., Barber, J., Thase, M., Perkins, P., & Leon, A. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 19-28. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.08060843
- Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical psychology review*, 33(5), 698-711. doi: 10.1016/j.cpr.2013.04.005
- Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Schestatsky, S., & Ceitlin, L. H. F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3), 265-273. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a05>
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jordão, A. (2008). Vínculos familiares na adolescência: nuances e vicissitudes na clínica psicanalítica com adolescentes. *Aletheia*, 27(1), 157-172. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n27/n27a12.pdf>

- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2015). Desistência e conclusão em psicoterapia psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 17(1), 25-40. Retrieved from [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=167)
- Klein, M. (1991). Sobre os critérios para o término de uma psicanálise (B.H. Mandelbaum, trad.) In. *Inveja e gratidão e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago. (Ano original de publicação 1950).
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de avaliação de sintomas-90-R: adaptação, precisão e validade* (Unpublished doctoral dissertation). PUC-Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233. Retrieved from [http://www.researchgate.net/profile/Eric\\_Leibing/publication/6729000\\_Cognitive-behavioral\\_therapy\\_and\\_psychodynamic\\_psychotherapy\\_techniques\\_efficacy\\_and\\_indications/links/02e7e51f22a945d2d2000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Eric_Leibing/publication/6729000_Cognitive-behavioral_therapy_and_psychodynamic_psychotherapy_techniques_efficacy_and_indications/links/02e7e51f22a945d2d2000000.pdf)
- Lomax, J. W., Andrews, L. B., Burruss, J. W., & Morrey, S. (2007). Supervisão em psicoterapia. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp. 663-675). Porto Alegre: Artmed.
- Macedo, M. M. K., Azevedo, B., Castan, J. U. (2010). Adolescência e psicanálise. In: M. M. K. Macedo (Ed.), *Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis* (pp. 55-71). Porto Alegre: EdiPUCRS.
- Macedo, M. M. K., Baldo, M. A., Santos, R. L., Ribas, R. F., Silva, S. M., & Gonçalves, T. G. (2011). Motivos de busca de atendimento psicológico por adolescentes em uma clínica-escola. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 63-75. Retrieved from

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872011000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200005)

- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Midgley, N., & Kennedy, K. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of evidence bases. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260. doi:10.1080/0075417X.2011.614738
- Monteiro, J.F. (2012). A personalidade e mecanismos de defesa- um estudo exploratório e correlacional (Master's thesis). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8187/1/ulfpie043213\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8187/1/ulfpie043213_tm.pdf)
- Schachter, A., & Target, M. (2009). The adult outcome of child psychoanalysis: the Anna Freud Centre long-term follow-up study. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nasic-Vuckovic, & C. Urwin. *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings* (pp. 144- 157). New York: Routledge
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 501-510. doi: 10.1590/S0103-166X2011000400010
- Shedler, J. (2012). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 9-25). New York, NY: Humana Press.

- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of axis II: a Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5(4), 333-353. doi: 10.1177/107319119800500403
- Stewart, P. K., Steele, M. M., & Roberts, M. C. (2012). What happens in therapy? Adolescents' expectations and perceptions of psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, 23(1), 1-9. doi: 10.1007/s10826-012-9680-3
- Tsiantis, J., & Trowel, J. (Eds). (2010). *Assessing change in psychoanalytic psychotherapy of children and adolescents*. London: Karnac.
- Valverde, B. S. C. L., Vitale, M. S. S., Sampaio, I. P. C., & Schoen, T. H. (2012). Levantamento de Problemas Comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. *Paidéia*, 22(53), 315-323. -323. doi: 10.1590/1982-43272253201303
- Ventura, M.M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da SOCERJ*, 20(5), 383-386. Retrieved from [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_05/a2007\\_v20\\_n05\\_art10.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf)
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II, part I: developing a clinically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 258-272. Retrieved from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.156.2.258>
- Yin, R. K. (2001). *Estudos de caso: planejamento e métodos* (2. ed.). Porto Alegre: Bookman.

## Artigo 2: Artigo Empírico

### Um Estudo sobre Abandono em Psicoterapia Psicanalítica da Adolescência

#### Resumo

As taxas de abandono em psicoterapia são elevadas. Nessa direção, pesquisas enfatizam a necessidade de se investigar este fenômeno, analisando variáveis do processo terapêutico. No que concerne à adolescência, algumas peculiaridades devem ser consideradas. Este artigo buscou analisar variáveis do processo psicoterápico, considerando a contribuição do paciente, do terapeuta e da interação em um caso de abandono em uma psicoterapia. Método: Estudo de caso de uma adolescente com histórico de abandonos precoces de tratamento. O processo ocorreu em duas etapas de tratamento culminadas em abandono. A primeira (E1) incluiu 10 sessões iniciais e as 2 sessões precedentes ao primeiro abandono (A1). A segunda etapa (E2) ocorreu 2 meses após abandono e incluiu 6 sessões seguidas das 2 sessões precedentes ao segundo abandono (A2). As sessões foram codificadas com o *Adolescent Psychotherapy Q-Set* (APQ). O instrumento descreve o terapeuta, as atitudes e os comportamentos do paciente, bem como interações terapeuta/paciente. Foram selecionados para descrever o processo, os itens de cada etapa com as médias de maior e menor relevância, igualmente nas três variáveis. Posteriormente, estes foram discutidos a fim de explorar o fenômeno do abandono. Resultado: A psicoterapia foi caracterizada por uma interação linear em que a paciente mostrou-se com postura colaborativa e concentrada nas sessões, porém sem aquisição de *insight* durante a psicoterapia. A terapeuta mostrou-se ativa com observações destinadas a facilitar a fala da jovem. Entretanto, não foram abordados sentimentos relacionados com interrupções ou términos de tratamento. Discussão: Os

itens relevantes nas etapas do tratamento indicam que a paciente apresenta fatores preditivos à aderência terapêutica, entretanto o desfecho clínico foi o abandono. Assim, entende-se que a ausência de intervenções referentes ao abandono em pacientes com este histórico, juntamente com a incapacidade de aquisição de *insight* possa ter contribuído ao desfecho descrito.

**Palavras-chave:** Abandono; psicoterapia psicanalítica; adolescência.

### **A Study on Dropout in Psychoanalytic Psychotherapy of Adolescence**

#### **Abstract**

Dropout rates are high in psychotherapy and researchs emphasizes the need to investigate this phenomenon, analyzing variables of the therapeutic process. With regard to adolescence, some peculiarities should be considered. This article aimed to analyze variables of the psychotherapeutic process considering the contribution of the patient, the therapist and interaction in an dropout case in psychotherapy. Method: Case Study of a teenager with a history of premature discontinuation of treatment. The process took place in two stages of treatment culminated in dropout. The first (E1) included 10 initial sessions and the two previous sessions to the first dropout (A1). The second step (E2) occurred two months after dropout and included 6 sessions followed by two previous sessions to the second drop (A2). The sessions were coded with the Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ). The instrument describes the therapist, attitudes and behaviors of the patient and therapist/patient interactions. We selected to describe the process, the items in each stage with the average of greater and lesser importance, likewise in the three variables. Later these were discussed in order to

explore the phenomenon of dropout. Result: The psychotherapy was characterized by a linear interaction in which the patient was revealed a collaborative attitude and concentrated in the sessions, but without acquiring insight during psychotherapy. The therapist proved to be active with observations to facilitate the speech the young woman. However, were not addressed feelings related to interruptions or terminations of treatment. Discussion: The relevant items on the steps of treatment indicates that the patient has predictive factors of therapeutic compliance, however, the clinical outcome was the dropout. Thus, it is understood that the absence of interventions related to the dropout in patients with this history, together with the insight acquisition failure may have contributed to the described outcome.

**Keywords:** Dropout; psychoanalytic psychotherapy; adolescence.

O abandono em psicoterapia é um fenômeno clínico difundido e com um impacto considerável e complexo nas organizações de saúde. A interrupção prematura do tratamento pode ser uma experiência ansiogênica e traumática tanto para o paciente quanto para o terapeuta, já que pode vir carregada de sentimentos de fracasso e ineficácia (Benetti & Cunha, 2008; Gastaud & Nunes, 2010; Lhullier & Nunes, 2004). Nesse sentido, o abandono deve ser examinado e compreendido, visto que, além de recursos desperdiçados, terapeutas e pacientes são afetados negativamente pelo término precoce do atendimento (Roos & Werbart, 2013).

Os estudos de abandono, em sua maioria, avaliam aspectos que tangem ao paciente, entretanto essa investigação unilateral tende a restringir a compreensão do fenômeno. Pesquisas como as realizadas por Norcross e Wampold (2011) e Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2015) enfatizam a necessidade de se investigar o abandono

levando em consideração variáveis do processo terapêutico, visto que divergências quanto ao entendimento da psicoterapia, sistemas de valores e expectativas quanto à duração e à natureza do tratamento são associados ao abandono em decorrência de fatores da relação paciente/terapeuta.

As discussões clínicas, com frequência, buscam refletir e integrar acerca de aspectos dinâmicos de um caso em análise. Contudo, estudos que busquem prever e prevenir o abandono devem se preocupar em explorar variáveis do terapeuta, do relacionamento e do processo (Norcross & Lambert, 2011; Roos & Werbart, 2013). Dessa forma, abordando questões que incluem o terapeuta e as ligações entre as características do paciente, método e prática, este artigo volta-se para a investigação do abandono terapêutico em um caso de psicoterapia de orientação psicanalítica na adolescência. Para tal, será utilizado um instrumento de avaliação adaptado para esta faixa etária e recentemente traduzido para versão brasileira, o *Adolescent Psychotherapy Q-Set*, (APQ) (Benetti, Esswein, Bernardi, Midgley, & Calderón, 2014; Calderón, 2014).

### **Fundamentação Teórica**

O abandono em psicoterapia é referido na literatura como um fenômeno comum e preocupante no *setting* terapêutico, sendo conceituado sobre diversos vértices, que envolvem desde o critério de julgamento do terapeuta até o não comparecimento do paciente na última sessão agendada. A decisão unilateral do paciente em parar de comparecer à terapia, com ou sem o conhecimento prévio do terapeuta, contrário às expectativas iniciais e ao contratado e recomendado pelo mesmo, tem sido a definição mais amplamente utilizada nos estudos desse fenômeno, e foi adotada como referência também neste artigo (Benetti & Cunha, 2008; Chilelli & Enéas, 2000; Gastaud &

Nunes, 2010; Gastaud, Basso, Soares, Eizirik, & Nunes, 2011; Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2013; Lhullier & Nunes, 2004; Piper et al., 1999; Roos & Werbart, 2013; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Poucos são os estudos nacionais e internacionais que avaliam o abandono em psicoterapia psicanalítica, e a grande maioria deles foi desenvolvido na década de 90 com pacientes adultos. Um dos estudos mais relevantes sobre o tema envolve uma meta-análise realizada em 1993 por Wierzbicki e Pekarik, a qual incluiu 125 estudos que apontaram uma taxa de abandono de 47%. Estudos internacionais, conduzidos em centro de saúde mental em diversos países, dentre os quais a Inglaterra, Estados Unidos e Espanha, estimam taxas de abandono variando entre 24% e 66% (Bados, Ballanguer, & Saldaña, 2007).

Estudos nacionais indicam altas taxas de abandono em psicoterapia. Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte, com pacientes que buscaram ajuda psiquiátrica, aponta que 39,3% abandonaram os atendimentos (Melo & Guimarães, 2005). Outro exemplo brasileiro encontra-se em uma pesquisa desenvolvida no Rio Grande do Sul, onde 49,5% dos pacientes atendidos em uma clínica escola de Pelotas abandonaram a psicoterapia (Lhullier, Nunes, Horta, & Silveiras, 2006).

Apesar de pesquisas referentes à adolescência identificarem que cerca de 20% dos jovens necessitam de psicoterapia, apenas 4% recebem tratamentos em saúde mental (Stewart, Steele, & Roberts, 2012), e daqueles que recebem cerca de 28 a 75% abandonam o tratamento (Baruch, Vrouva, & Fearon, 2009; Navridi & Midgley, 2006; Rutter & Stevenson, 2008). Estudos de eficácia da psicoterapia na adolescência apresentaram taxas de abandono de 28,4%, enquanto nos estudos de efetividade essa taxa aumenta para 50% dos casos (Haan, Boon, Jong, Hoeve, & Vermeiren, 2013). Para a compreensão do fenômeno do abandono, frente a índices tão elevados, tanto em

adultos quanto em adolescentes, estudar os aspectos sociodemográficos, as especificidades do paciente, as especificidades do terapeuta e da relação terapeuta/paciente pode ser útil (Benetti & Cunha, 2008).

Nesse sentido, a meta-análise realizada por Wierzbicki e Pekarik (1993) aponta como aspectos sociodemográficos, a baixa escolaridade e o status de minoria social estão relacionados ao abandono. O estudo mais recente de Roos e Werbart (2013) refere que pessoas com baixo nível sócio econômico tem, realmente, menos controle e influência sobre as suas situações de vida que podem produzir sofrimento psíquico. Em contrapartida, indivíduos com alto nível socioeconômico, que possuem alta renda, educação e status social exercem uma forte influência sobre sua própria vida, são providos de qualidades que favorecem a continuação e sucesso psicoterapêutico. Entretanto, no que tange à adolescência, raramente estes sujeitos tem autonomia e motivação para a busca de psicoterapia; verifica-se que, nessa faixa etária, o desejo e ou indicação de tratamento tangencia os pais e outras fontes encaminhadoras, como escola e profissionais.

Em relação às especificidades de pacientes independente da faixa etária, verifica-se que quem abandona o tratamento apresenta níveis mais baixos de autoestima e um uso mais frequente de defesas imaturas (Hauck et al., 2007; Lhullier & Nunes, 2004). Nessa perspectiva, um recente estudo qualitativo realizado em uma clínica de psicoterapia psicanalítica evidencia que pacientes que abandonaram o tratamento mostravam objetivos menos amplos, menor disposição para mudança, menos capacidade de *insight* e maior percepção negativa de tratamentos anteriores (Jung et al., 2015).

Os pacientes, muitas vezes, justificam a interrupção do tratamento com a insatisfação com o terapeuta ou terapia. A decepção pelo não fornecimento de

informações suficientes sobre a terapia pode ser um preditor de abandono, pois pacientes começam a psicoterapia com expectativas que não são cumpridas e não compartilhadas com o terapeuta (Lambert & Ogles, 2004). Nesse sentido, dentre os fatores preditivos ao abandono, está a discrepância entre psicoterapeutas e pacientes sobre objetivos e expectativas do tratamento (Jung et al., 2015).

Assim, estudos mostram que a preparação para a terapia, bem como a negociação de um acordo envolvendo discussões das expectativas e preferências reduziria o abandono (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005; Swift & Callahan, 2011). Em uma pesquisa onde foi feito contato telefônico com os pacientes para que relatassem o seu desligamento da psicoterapia traz como conclusão que, na maioria dos casos, a incompatibilidade de horário entre o terapeuta e o paciente foi descrita como o motivo para o abandono (Chilelli & Enéas, 2000). As desistências ocorrem, na maioria dos casos dentro, nas primeiras sessões o que inviabiliza o sucesso do tratamento, visto que para se atingir um bom resultado considera-se um mínimo de 12 sessões (Hansen, Lambert, & Forman, 2002).

No âmbito nacional, em geral, os estudos sobre abandono tem sido desenvolvidos em clínicas escolas, onde os terapeutas são alunos de graduação e não profissionais licenciados (Jung et al., 2013). Terapeutas que apresentam maior flexibilidade em relação aos manuais de tratamento, treinamento e psicoterapia pessoal são apontados como aqueles que obtêm melhores resultados e menor taxa de abandono na psicoterapia (Baruch et al., 2009; Norcross & Wampold, 2011). Acredita-se que o abandono em psicoterapia com terapeutas mais experientes possa estar associado à melhora e ao alívio dos sintomas, visto que estes costumam oferecer mais sessões para seus pacientes e reagem à interrupção prematura com níveis mais baixos de ansiedade e autculpa (Bados et al., 2007).

Uma investigação qualitativa envolvendo características do terapeuta na psicoterapia de adultos descreve como bom preditor de continuidade no processo o fato de estar em contato com um terapeuta afetivo e competente (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009). Em contrapartida, outro estudo afirma que terapeutas que usam confrontações e interpretações amplas e precoces são denominados como hostis e antipáticos, corroborando, assim, para o abandono do processo (Norcross & Wampold, 2011).

Algumas vicissitudes devem ser consideradas ao analisar o fenômeno do abandono na adolescência, visto que um dos marcos dessa fase pode funcionar como barreira para o tratamento em saúde mental. Isto é, a busca pela autonomia, em uma fase de consolidação da identidade, pode surgir como um obstáculo para a aderência em um processo psicoterápico, conforme aponta uma revisão de literatura sobre abandono de psicoterapia na adolescência realizada por Block e Greeno (2011).

Nesse contexto, uma meta-análise refere como fatores protetivos do abandono psicoterápico na adolescência a conduta cuidadosa, preocupada e de apoio e a postura ativa e comunicativa que assumem alguns terapeutas. Da mesma forma, os que demonstram maior sensibilidade à dinâmica de poder e que promovam o trabalho colaborativo sobre os problemas da adolescência são suscetíveis ao estabelecimento de uma forte aliança terapêutica (Haan et al., 2013).

Estudos apresentam a aliança terapêutica como um componente crítico e necessário em qualquer tipo de tratamento de saúde mental, independente da faixa etária. Entretanto, pesquisas relatam que para o estabelecimento de um aliança terapêutica com um adolescente o terapeuta deve possuir uma série de características de personalidade e habilidades interpessoais, tais como: abertura, autenticidade,

compaixão, sensibilidade e disponibilidade emocional (Meeks & Bernet, 2000; Zack, Castonguay, & Boswell, 2007).

Os adolescentes buscam uma relação terapêutica igualitária, na qual o trabalho terapêutico é colaborativo, relatam que a natureza favorável à relação com o terapeuta torna-se fundamental para a sua vontade de fazer o trabalho colaborativo em tratamento (Zack et al., 2007). Nesse sentido, pesquisas indicam que adolescentes que percebiam mudanças em sua aliança de negativa para positiva ao longo do tratamento atingem melhores resultados terapêuticos, enquanto os adolescentes cuja aliança foi inicialmente positiva, mas diminuiu durante o curso do tratamento apresentavam um aumento em sua sintomatologia (Hogue, Dalber, Stambaugh, Cecero, & Liddle, 2006).

O clássico estudo clínico randomizado de Piper et al. (1999), com uma amostra composta por pacientes que apresentaram dificuldades relacionadas à depressão, ansiedade, baixa autoestima e conflito interpessoal, investigou as variáveis preditoras da interação entre terapeuta e paciente que contribuem para o processo de abandono em uma psicoterapia individual. Verificou-se que os pacientes relataram uma fraca aliança terapêutica no início da psicoterapia e os terapeutas, por sua vez, na sessão anterior ao abandono. Nesse estudo, especial atenção é dada às sessões precedentes ao abandono, visto que nelas ocorreu uma menor exploração dos problemas dos pacientes e houve um maior foco na transferência.

Os estudos de abandono, em sua maioria, buscam investigar fatores preditivos e protetivos ao fenômeno. Contudo, a pesquisa em psicoterapia tem ampliado o estudo do fenômeno através da exploração das variáveis (paciente, terapeuta, interação) envolvidas em um processo terapêutico (Roos & Werbart, 2013). Entretanto, ainda poucos desses estudos direcionam suas investigações para a adolescência,

principalmente para a descrição dos processos e resultados terapêuticos (Midgley & Kennedy, 2011).

A psicoterapia psicanalítica ganha espaço no meio científico em decorrência de avaliações sistemáticas do processo terapêutico. A utilização de instrumentos de avaliação da metodologia *Q-sort* permite a identificação de como se dá a mudança ao longo do processo. Nesse sentido, um instrumento adaptado para a faixa etária da adolescência e recentemente traduzido para a versão brasileira, o *Adolescent Psychotherapy Q-Set* (APQ), possibilita a identificação dos mecanismos de ação dos modelos terapêuticos abrangendo ações e comportamentos do terapeuta, do paciente e da interação (Benetti et al, 2014; Calderón, 2014).

Todavia, as peculiaridades da adolescência exigem dos instrumentos de avaliação adaptações subjacentes a investigações fidedignas. A garantia de profundidade e complexidade da análise dos casos, premissa fundamental na investigação psicanalítica, e, ao mesmo tempo, a formulação de dados empíricos de forma sistematizada, constituem funcionalidades de um instrumento (Levy, Ablon, & Kächele, 2012).

Um aspecto interessante a ser destacado é que, além do instrumento investigar aspectos subjacentes a psicoterapias, pode desenvolver modelos descritivos de tratamentos ou protótipos. Isto é, com base nos itens do instrumento, cria-se um *protótipo ou modelo ideal* da sessão terapêutica, conforme a avaliação dos *experts* de distintas abordagens teóricas. Nesse caso, psicoterapeutas de orientação analítica que atendem adolescentes apontaram o abandono como fenômeno preocupante e recorrente aos tratamentos nessa faixa etária (Benetti et al., 2014).

Considerando as questões apontadas sobre o abandono de psicoterapia psicanalítica, a presente pesquisa tem por objetivo investigar as variáveis envolvidas em

um processo psicoterápico de uma adolescente que abandona a psicoterapia. Para a análise do processo será utilizado o instrumento da metodologia *Q-sort*, o *Adolescent Psychotherapy Q-Set*(APQ). A fim de explorar o abandono, as distintas etapas da psicoterapia foram analisadas em profundidade, buscando identificar ações ou comportamentos da paciente, da terapeuta e/ou da interação que pudessem estar associados ao desfecho ocorrido.

### **Objetivo Geral**

Analisar variáveis do processo psicoterápico considerando a contribuição do paciente, do terapeuta e da interação em um caso de abandono em uma psicoterapia psicanalítica na adolescência.

### **Objetivos Específicos**

- 1- Descrever o processo psicoterápico em suas distintas etapas, considerando as variáveis da paciente, da terapeuta e da interação.
- 2- Identificar padrões característicos nas variáveis da paciente, da terapeuta e da interação.
- 3- Verificar as características das variáveis da paciente, da terapeuta e da interação nas sessões anteriores ao abandono nas distintas etapas.
- 4- Relacionar aspectos descritivos do processo com o fenômeno do abandono nesta psicoterapia.

## **Método**

### **Delineamento**

Foi utilizado como metodologia o estudo de caso sistemático com um delineamento misto. O estudo de caso sistemático busca utilizar-se dos achados da clínica psicológica utilizando-se de medidas empíricas (Ventura, 2007; Yin, 2001). Além disso, busca compreender os fatores que levam à mudança dentro do contexto clínico natural, considerando o rigor metodológico da pesquisa empírica (Edwards, 2007). Para tal, faz uso de medidas objetivas aplicadas a sessões de psicoterapia gravadas ou filmadas, buscando fazer frente à dificuldade encontrada pelos psicoterapeutas em avaliar e mensurar aspectos subjetivos dos processos psicoterápicos, diminuindo a lacuna existente entre a prática clínica e a pesquisa empírica, entre a subjetividade e a objetividade representadas nesses dois métodos de investigação (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011).

### **Participantes**

Paciente: Juliana<sup>4</sup>, 18 anos, realizou triagem no início de 2013 em uma clínica psiquiátrica; queixando-se de irritabilidade e sintomas depressivos, que a acompanhavam desde a infância. Referiu ter recebido na infância o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Além disso, apresentava histórico de abandonos precoces de tratamento. Após triagem, a paciente foi encaminhada para psicoterapia individual de orientação psicanalítica e também para avaliação psiquiátrica, na qual recebeu diagnóstico de transtorno depressivo maior, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002).

---

<sup>4</sup> Nome fictício.

Terapeuta: a terapeuta que realizou os atendimentos possui treinamento formal em psicoterapia de orientação psicanalítica, cujo modelo é baseado na tríplice formação: seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal. Tem 33 anos e possui experiência de atendimento psicoterápico há, em média, 10 anos.

### **Procedimento de Coleta de Dados**

Os procedimentos da clínica onde Juliana buscou tratamento incluem a avaliação do paciente em uma consulta de triagem com um psicólogo treinado. Após esse contato inicial, havendo indicação, o paciente é encaminhado para psicoterapia e/ou avaliação psiquiátrica. A solicitação da participação de Juliana na pesquisa intitulada *Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e avaliação do processo terapêutico*, coordenada pela pesquisadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Sílvia Pereira da Cruz Benetti foi feita ainda na entrevista de triagem. Na ocasião, com sua concordância, foi marcado mais um encontro antes do início da psicoterapia, a fim de apresentar a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido e assinado.

As sessões de psicoterapia ocorreram no consultório da psicoterapeuta, em horários agendados conforme acordo entre paciente e terapeuta. O atendimento do caso se caracterizou por duas etapas distintas: a primeira delas referiu-se a um período de 12 sessões de psicoterapia, que foram seguidas por um abandono de 8 semanas. A terapeuta fez contato telefônico com a paciente, que durante 2 semanas alegou dificuldade com o seu habitual horário. Em seguida a essas tentativas, a paciente enviou uma mensagem de texto para o telefone da terapeuta comunicando que não mais compareceria ao tratamento. Após o afastamento, a paciente fez contato com a terapeuta e retomaram as sessões. Iniciou-se a segunda etapa, que envolveu a realização de oito

sessões e mais um abandono. Para este estudo foram avaliadas as 20 sessões que totalizaram o tratamento.

## **Instrumentos**

### ***Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)***

O APQ é uma adaptação desenvolvida por Calderón (2014) do *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) de Enrico Jones (2000). A medida de avaliação é a sessão terapêutica gravada em vídeo, em toda a sua extensão. A avaliação ocorre com base em 100 itens que descrevem o comportamento do terapeuta (n=30), o comportamento do paciente (n= 40) e a interação entre paciente e terapeuta (n=30). Esses itens devem ser distribuídos por juízes independentes (observadores externos treinados na aplicação do instrumento) em categorias de um *continuum* que vai do menos característico (*categoria 1*) ao mais característico (*categoria 9*). A distribuição dos itens em cada categoria é fixa de modo a manter conformidade com a curva normal. Esses itens foram desenvolvidos de forma a evitar que os avaliadores da sessão incorram em inferências ou julgamentos teóricos, permitindo maior concordância de validade e confiabilidade. Os itens incluem afirmações sobre os mecanismos de ação, tanto do terapeuta como do paciente, quanto da interação entre ambos nas sessões terapêuticas. A terminologia teórica é evitada, de modo a permitir uma avaliação “não-saturada” do processo (Bambery, Porcerelli, & Ablon, 2009). Recentemente, esse instrumento foi traduzido para versão brasileira, e, nesse sentido, estudos estão sendo desenvolvidos a partir da construção de *protótipos* de sessões terapêuticas que visem a elucidar um *modelo ideal* de sessão dentre as distintas abordagens teóricas (Benetti et al., 2014)(Ver Apêndice B).

### **Anotações clínicas**

O conteúdo de cada sessão e o processo da psicoterapia foi registrado em forma de relatos sistemáticos de memória da terapeuta. Nesse sentido, as anotações clínicas usadas em psicoterapia de orientação psicanalítica auxiliam na compreensão e estudo do caso, assim como para o acompanhamento e possíveis supervisões (Lomax, Andrews, Burruss, & Moorey, 2007).

### **Procedimentos de Análise dos Dados**

As sessões da psicoterapia da paciente foram gravadas em vídeo e avaliadas separadamente, conforme o manual do instrumento APQ, por duplas de juízes independentes que passaram por um treinamento formal na aplicação do instrumento e com experiência clínica. As avaliações das duplas de juízes foram correlacionadas exigindo-se concordância mínima de 0.7 (correlação intraclass) entre os avaliadores. Para as análises subsequentes, foi utilizada a média das pontuações de cada item entre os dois avaliadores melhor correlacionados para caracterizar cada sessão investigada.

As sessões foram avaliadas considerando as variáveis da paciente (n=40), da terapeuta (n=30) e da interação (n=30). Essa análise foi realizada através de um ordenamento simples, a partir do cálculo das médias de cada item do APQ, dos itens mais e menos característicos das sessões de atendimento. Assim, foram selecionados proporcionalmente (10%) em cada categoria quatro itens da paciente, três itens da terapeuta e três itens interação.

Neste estudo foram avaliadas as 20 sessões que totalizaram o tratamento. Entretanto, para responder ao objetivo de descrever o processo psicoterápico em suas distintas etapas em relação às variáveis da paciente, da terapeuta e da interação as

sessões foram analisadas em relação ao primeiro abandono e ao abandono final do tratamento (Objetivo 1).

A identificação dos padrões característicos das variáveis da paciente, da terapeuta e da interação ao longo das etapas (Objetivo 2) foi realizada explorando-se os itens predominantes e relevantes do processo quanto às variáveis da paciente, da terapeuta e da interação. Para tal, identificaram-se dentre os itens classificados como característicos aqueles que se repetiram e foram relevantes no transcorrer da psicoterapia. Assim, todos os itens que se repetiram mais de duas vezes no transcorrer da psicoterapia foram destacados. Estes foram agrupados e elucidados em gráficos, a fim de relacioná-los com o fenômeno do abandono.

Para analisar o processo da primeira etapa, calcularam-se as médias dos itens do APQ das 10 sessões iniciais (E1), identificando-se os itens mais e menos característicos dessas sessões. A seguir, realizou-se a análise das médias das duas sessões anteriores ao primeiro abandono (A1). Da mesma forma, as seis sessões posteriores ao retorno à psicoterapia constituem a segunda etapa (E2), sendo as duas últimas (A2) anteriores ao abandono as sessões finais de análise. Assim, através dessa análise, identificaram-se as características das variáveis da paciente, da terapeuta e da interação nas sessões anteriores ao abandono nas distintas etapas (Objetivo 3).

Finalmente, relacionaram-se os aspectos descritivos do processo com o fenômeno do abandono nesta psicoterapia, integrando-se os dados às anotações clínicas das temáticas das sessões (Objetivo 4).

### **Aspectos Éticos**

O presente estudo está vinculado a um projeto de pesquisa já em andamento *Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência - Características e Avaliação do Processo*

*Terapêutico*, submetido e aprovado no Comitê de Ética da UNISINOS. A paciente e a terapeuta leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, fornecido pela pesquisadora coordenadora do projeto. O TCLE se encontra em poder da pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Pereira da Cruz Benetti.

## **Resultados e Discussão**

### **Descrição do Caso**

As anotações clínicas realizadas pela terapeuta durante a psicoterapia foram fornecidas na íntegra para a pesquisadora. Posteriormente, foram associadas às anotações dos juízes avaliadores do processo. Com base nesse material, elaborou-se a história de vida da paciente.

No início de 2013, Juliana, 18 anos, buscou atendimento em uma clínica psiquiátrica em que foi encaminhada para psicoterapia individual de orientação psicanalítica e subsequente avaliação psiquiátrica. O diagnóstico realizado pelo psiquiatra durante a etapa inicial do tratamento psicoterápico, utilizando-se do modelo proposto para diagnóstico multiaxial do DSM-IV-TR (APA, 2002) foi de transtorno depressivo maior.

Os pais de Juliana viviam separados desde seus três anos de idade. A paciente referiu não ter registro dos pais juntos, entretanto recordava da relação agressiva que estabeleciam; o pai costumava beber e agredir a mãe e o irmão mais velho. Seus relatos da infância evidenciam completa ausência das figuras parentais, porém uma tia materna bastante afetiva residiu com a família por alguns anos.

A mãe apresentava transtorno de humor bipolar, com episódios de descontrole dos impulsos, e não realizava tratamento, mas fazia uso, por conta, de medicações psiquiátricas. Segundo a paciente, nunca soube cuidar dela, além de passar horas fora de casa, quando presente brigava e reclamava muito dos filhos, chegando a agredi-los fisicamente. A mãe trabalhava em uma instituição religiosa, a qual toda a família costumava frequentar, e sua carga horária neste local era de 12 horas por dia, desde a infância de Juliana. O pai parou de fazer uso álcool quando passou a frequentar a instituição religiosa de aderência familiar. Com baixa escolaridade, alternava em funções empregatícias de baixa remuneração em órgãos administrados por essa Igreja.

Durante o início de sua adolescência, Juliana fazia uso abusivo de álcool e maconha. Quando embriagada, costumava chorar e falar muito. A mãe era ciente destes ocorridos, visto que a jovem, eventualmente, fazia uso dessas substâncias em casa. A paciente abandonou a escola no ano de 2012. Trabalhava em uma empresa de entrega – motoboy – onde ficou por 3 meses e foi demitida no início de 2013 por faltas e erros. Namorava há 1 ano com um rapaz de 23 anos, diagnosticado com transtorno de humor bipolar, este fazia uso de medicação e sua sintomatologia estava controlada.

### **Descrição do Processo**

Abaixo, com a finalidade de descrever o processo, encontram-se os itens mais e menos característicos, de acordo com o instrumento APQ, nas variáveis da paciente, da terapeuta e da interação, nas distintas etapas da psicoterapia. Ainda com base nesses itens, foram elaboradas narrativas descritivas destas etapas.

A Tabela 1 apresenta os itens mais e menos característicos das variáveis paciente, terapeuta e interação na primeira etapa da psicoterapia, que foi constituída de 10 sessões.

Tabela 1  
*Itens mais e menos característicos da primeira etapa de tratamento E1 (n=10 sessões)*

Item	Var	Descrição	Média	DP
46	T	Terapeuta se comunica com o jovem num estilo claro e coerente	8,50	0,70
31	T	Terapeuta solicita mais informação ou elaboração	8,40	0,69
09	T	Terapeuta trabalha com o jovem para tentar dar sentido à sua experiência	7,90	0,56
06	P	Jovem descreve suas experiências emocionais nas interações com pessoas significativas	7,20	1,54
35	I	A autoimagem é um foco de discussão	7,10	1,44
97	I	Terapeuta encoraja reflexão sobre estados e afetos internos	6,90	2,18
72	P	Jovem se engaja animadamente na discussão de pensamentos e ideias	6,80	1,47
40	P	Jovem se comunica com afeto	6,70	0,82
60	I	Terapeuta chama a atenção para o modo característico do jovem de lidar com as emoções	6,50	1,50
63	P	Jovem discute e explora relacionamentos interpessoais atuais	6,40	2,11
33r <sup>5</sup>	T	Terapeuta adota uma postura psicoeducacional	4,20	0,78
81r	T	Terapeuta revela respostas emocionais	4,10	1,91
93r	T	Terapeuta se abstém de tomar posição em relação aos pensamentos ou comportamentos do jovem	4,00	2,30
67r	P	Jovem demonstra dificuldade para se concentrar durante a sessão	2,60	1,57
15r	P	O jovem não inicia ou elabora os tópicos	2,40	1,95
20r	P	O jovem é provocativo, testa os limites da relação terapêutica	2,40	0,69
05r	I	O jovem tem dificuldade em entender os comentários do terapeuta	2,40	1,89
30r	P	Jovem tem dificuldade de iniciar a sessão	2,10	1,52
87r	I	Jovem controla a interação com o terapeuta (é controlador)	1,90	0,87
42r	I	Jovem rejeita os comentários e observações do terapeuta	1,50	0,70

## Narrativa Descritiva E1

A paciente não apresentou dificuldades em iniciar as sessões (APQ30r), mostrou-se disposta a perseguir e elaborar tópicos para discussão (APQ15r). Costumava estar engajada e concentrada na discussão de pensamentos e ideias (APQ72, APQ67r). Sua comunicação era carregada de afeto (APQ40), durante as sessões mostrou-se dócil e respeitosa (APQ20r), sem exercer controle sobre a interação com a terapeuta (APQ87r).

Sentimentos referentes à autoimagem da paciente (APQ35) foram discutidos e explorados nas sessões. Relacionamentos interpessoais atuais (APQ63) bem como sentimentos associados a essas interações (APQ06) também foram foco de discussão. A terapeuta assinalou o modo característico da paciente para lidar com as emoções (APQ60), encorajando a reflexão sobre afetos e estados internos (APQ97). Nesse

<sup>5</sup>Itens do APQ que se comportaram de maneira reversa, incharacterística.

contexto, a paciente pode entender e aceitar os comentários da terapeuta (APQ42r, APQ05r).

Em algumas sessões, mesmo a terapeuta expressando opiniões, tanto explícita quanto implicitamente (APQ93r), suas emoções não foram evidentes nas sessões (APQ81r). Sua comunicação era clara e coerente (APQ46), com perguntas destinadas a obter informações ou elaborações (APQ31), trabalhando ativamente para ajudar a paciente a dar sentido a sua experiência (APQ09), sem assumir uma postura psicoeducacional (APQ33r).

Na tabela 2 são apresentados os itens mais e menos característicos considerando somente as duas sessões anteriores ao abandono.

Tabela 2

*Itens mais e menos característicos das sessões precedentes ao primeiro abandono A1 (sessão 11 e 12)*

Item	Var	Descrição	Média	DP
31	T	Terapeuta solicita mais informação ou elaboração	9,00	,00
03	T	Observações do terapeuta são destinadas a facilitar a fala do jovem	8,50	,70
17	T	Terapeuta estrutura ativamente a sessão	8,00	1,41
41	P	Jovem sente-se rejeitado ou abandonado	8,00	1,41
72	P	Jovem se engaja animadamente na discussão de pensamentos e ideias	7,50	2,12
08	P	Jovem expressa sentimento de vulnerabilidade	7,50	,70
06	P	Jovem descreve suas experiências emocionais nas interações com pessoas significativas	7,50	,70
64	I	Sentimentos sobre relacionamento de amor romântico são um tópico de discussão	7,50	2,12
99	I	Terapeuta levanta questões sobre a visão do jovem	7,00	,00
96	I	Terapeuta atenta para os estados emocionais atuais do jovem	7,00	1,41
48r	T	Terapeuta encoraja independência no jovem	3,50	2,12
75r	T	Terapeuta presta atenção aos sentimentos do jovem sobre pausas, interrupções ou término da terapia	3,50	2,12
28r	P	Jovem comunica um sentido de agenciamento	2,50	2,12
52r	P	Jovem tem dificuldades com o encerramento das sessões	2,50	,70
15r	P	O jovem não inicia ou elabora os tópicos	2,00	1,41
51r	I	Jovem atribui suas próprias características ao terapeuta	2,00	1,41
93r	T	Terapeuta se abstém de tomar posição em relação aos pensamentos ou comportamentos do jovem	2,00	,00
05r	I	O jovem tem dificuldade em entender os comentários do terapeuta	1,50	,70
44r	I	Jovem se sente cauteloso ou desconfiado do terapeuta	1,50	,70
32r	P	Jovem adquire uma nova compreensão	1,00	,00

## **Narrativa Descritiva A1**

Nessas sessões, a paciente mostrou-se disposta a quebrar silêncios e discutir tópicos espontaneamente ou em resposta a explorações do terapeuta (APQ15r), apresentou engajamento na discussão de pensamentos e ideias (APQ72), sentindo-se confiante e segura com a terapeuta (APQ44r). Relacionamentos amorosos da paciente (APQ64) e sentimentos associados à interação com pessoas significativas foram abordados (APQ06), e sentimentos de vulnerabilidade, rejeição ou abandono foram expressados (APQ08, APQ41), juntamente com um sentimento de falta de agenciamento sob sua vida (APQ28r).

A terapeuta estruturou ativamente as sessões (APQ17), expressando opiniões ou tomando posições, tanto explicitamente quanto implicitamente (93r). Sua fala foi destinada a facilitar a fala da paciente (APQ03), levantando questões sobre a visão da mesma em alguma experiência ou acontecimento (APQ99), concentrou-se no que a jovem estava sentindo sobre o que foi dito (APQ96), solicitando mais informações ou elaborações (APQ31). Não foram introduzidas questões de independência da jovem (APQ48r) e sentimentos de interrupções ou término da terapia foram evitados de serem discutidos (APQ75r). A paciente não apresentou dificuldades com o encerramento das sessões (APQ52r). Apesar de a paciente apresentar capacidade de compreender prontamente os comentários da terapeuta (APQ05r) e, ainda, reconhecer suas próprias características ou sentimentos (APQ51r) não obteve *insight* durante as sessões (APQ32r).

A segunda etapa de tratamento ocorreu subsequente a 8 semanas de afastamento. A retomada ocorreu após telefonema da paciente solicitando agendamento para retorno a psicoterapia. Assim, iniciou-se a segunda etapa da psicoterapia (E2), que se constituiu de seis sessões, seguidas de um segundo abandono (A2), sessão 19 e 20. Na tabela 3 são

apresentados os itens mais e menos característicos da segunda etapa da psicoterapia que foi composta de seis sessões, culminando em mais um abandono.

Tabela 3  
*Itens mais e menos característicos da segunda etapa de tratamento E2 (n=06 sessões)*

Item	Var	Descrição	Média	DP
31	T	Terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,33	0,81
37	T	Terapeuta permanece empático quando confrontado com intensos sentimentos ou impulsos do jovem.	8,00	1,09
03	T	Observações do terapeuta são destinadas a facilitar a fala do jovem.	7,83	0,75
97	I	Terapeuta encoraja reflexão sobre estados e afetos internos.	7,66	0,81
38	I	Terapeuta e o jovem demonstram uma compreensão mútua em relação a eventos ou sentimentos.	7,50	0,83
24	P	Jovem demonstra capacidade de vincular estados mentais a ações ou comportamentos.	7,50	1,22
35	I	A autoimagem é um foco de discussão.	7,33	0,81
07	P	Jovem está ansioso ou tenso.	7,16	1,72
08	P	Jovem expressa sentimento de vulnerabilidade.	7,00	2,09
91	P	Jovem discute comportamentos ou preocupações que causam angústia ou risco.	6,33	1,36
02r	T	Terapeuta chama atenção para o comportamento não verbal do jovem.	3,83	0,98
82r	T	Terapeuta adota uma abordagem de resolução de problemas com o jovem.	3,16	1,47
88r	P	Jovem oscila entre fortes estados emocionais durante a sessão.	2,66	1,03
93r	T	Terapeuta se abstém de tomar posição em relação aos pensamentos ou comportamentos do jovem.	2,50	0,83
67r	P	Jovem demonstra dificuldade para se concentrar ou manter a atenção durante a sessão.	2,33	1,86
52r	P	Jovem tem dificuldades com o encerramento das sessões.	1,83	0,75
15r	P	O jovem não inicia ou elabora os tópicos.	1,83	0,98
87r	I	Jovem controla a interação com o terapeuta (é controlador).	1,50	0,54
14r	I	Jovem não se sente entendido pelo terapeuta.	1,50	0,83
05r	I	O jovem tem dificuldade em entender os comentários do terapeuta.	1,33	0,81

## Narrativa Descritiva E2

Nessas sessões, a autoimagem foi foco de discussão (APQ35), sendo que a terapeuta encorajou a reflexão sobre estados e afetos internos (APQ97). A interação não foi controlada pela jovem (APQ87r), ambas partilharam uma perspectiva sobre os acontecimentos ou sentimentos (APQ38). A paciente prontamente entendeu os comentários da terapeuta (APQ05r) sentindo-se entendida pela mesma (APQ14r).

A terapeuta fez perguntas destinadas a obter informações (APQ31) e suas observações visavam facilitar a fala da jovem (APQ03). Expressou opiniões ou assumiu posicionamentos (APQ93r), porém não adotou uma abordagem de solução de problemas com a paciente (APQ82r). Mostrou-se empática quando confrontada com intensos sentimentos ou impulsos da paciente (APQ37), entretanto não foram assinalados comportamentos não verbais da jovem durante as sessões (APQ02r).

A paciente iniciou e elaborou tópicos para discussão (APQ15r), com capacidade de se concentrar nas sessões (APQ67r). Pode descrever estados mentais (de si ou de outros), e vinculá-los a uma ação ou comportamento (APQ24). Discutiu comportamentos ou preocupações causadores de angústia ou risco (APQ91), sem experimentar flutuações entre fortes emoções durante as sessões (APQ88r). Manifestou tensão ou ansiedade (APQ07) e expressou sentimentos de vulnerabilidade (APQ08). Não apresentou dificuldades com o término das sessões (APQ52r).

A tabela 4 apresenta os itens mais e menos característicos das sessões 19 e 20, que compõe a etapa A2, precedente ao abandono final da psicoterapia.

Tabela 4

*Itens mais e menos característicos das sessões precedentes ao segundo abandono A2*

Item	Var	Descrição	Média	DP
06	P	Jovem descreve suas experiências emocionais nas interações com pessoas significativas.	9,00	0,00
12	I	Ocorrem silêncios durante a sessão.	8,50	,70
31	T	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,50	,70
17	T	Terapeuta estrutura ativamente a sessão.	8,50	,70
96	I	Terapeuta atenta para os estados emocionais atuais do jovem.	8,00	,00
49	I	Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o jovem tentar fora da sessão.	7,50	2,12
94	P	Jovem se sente triste ou deprimido.	7,50	0,70
37	T	Terapeuta permanece empático quando confrontado com intensos sentimentos ou impulsos do jovem.	7,50	,70
07	P	Jovem está ansioso ou tenso.	7,00	1,41
59	P	Jovem se sente inadequado e inferior.	6,50	,70
86r	T	Terapeuta encoraja reflexão sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos de pessoas significativas.	3,50	,70
48r	T	Terapeuta encoraja independência no jovem.	3,50	,70
93r	T	Terapeuta se abstém de tomar posição em relação aos pensamentos ou comportamentos do jovem.	3,00	,00

67r	P	Jovem demonstra dificuldade para se concentrar ou manter a atenção durante a sessão.	2,50	,70
51r	I	Jovem atribui suas próprias características ao terapeuta.	2,50	,70
42r	I	Jovem rejeita os comentários e observações do terapeuta	2,00	1,41
52r	P	Jovem tem dificuldades com o encerramento das sessões.	2,00	,00
78r	P	Jovem procura aprovação, afeição ou simpatia do terapeuta.	2,00	1,41
05r	I	O jovem tem dificuldade em entender os comentários do terapeuta.	1,50	,70
53r	P	Jovem discute experiências como se estivesse distante de seus sentimentos.	1,50	,70

## Narrativa Descritiva A2

Essas sessões caracterizaram-se por períodos de silêncio (APQ12), a paciente manifestou tensão, ansiedade ou preocupação ao longo das sessões (APQ07), seu humor estava triste ou deprimido (APQ94) e expressou sentimentos de inadequação, inferioridade, ou ineficácia (APQ59). A terapeuta se concentrou em como a jovem estava se sentindo (APQ96), e discutiram tarefas específicas para a paciente tentar fazer fora de sessão (APQ49). Os comentários da terapeuta foram facilmente entendidos e considerados pela paciente (APQ05r, APQ42r) que reconheceu suas próprias características ou sentimentos (APQ51r), não buscando aprovação ou simpatia da terapeuta (APQ78r).

A terapeuta fez intervenções ativamente para focar a discussão (APQ17), com perguntas destinadas a obter informações (APQ31), expressou opiniões ou tomou posições, tanto explícita quanto implicitamente (APQ93r), manteve-se empática quando confrontada com intensos sentimentos ou impulsos da jovem (APQ37). Foram discutidos, nas sessões, sentimentos associados a interações com pessoas significativas (APQ06), em que o afeto era aparente, e a paciente mostrou-se concentrada e envolvida emocionalmente com o material (APQ67r, APQ53r). Não foram discutidas questões de independência da jovem (APQ48r) e nem mesmo encorajada reflexão sobre pensamentos, sentimentos ou comportamentos de pessoas significativas (APQ86r). A paciente não apresentou dificuldades com o encerramento das sessões (APQ52r).

Após a análise das distintas etapas da psicoterapia, foram verificados os itens que se repetiram e que assumem relevância em seu transcorrer, referentes a categorias paciente, interação e terapeuta. A discussão, em separado, dessas categorias visa explorar o fenômeno do abandono nesse processo.

Em relação à paciente, os itens APQ06, APQ07, APQ08, apresentados na figura 1, e os itens APQ15r, APQ32r, APQ67r, apresentados na figura 2, foram identificados como presentes ao longo do processo. A paciente apresenta diagnóstico psiquiátrico, segundo DSM-IV-TR (APA, 2000), de transtorno depressivo maior. No transcorrer da psicoterapia, os sentimentos de vulnerabilidade, tristeza e perdas (APQ08), relatados por Juliana, foram característicos do processo, em que alguns aspectos dinâmicos subjacentes ao seu desenvolvimento emocional foram expressos na psicoterapia. Verificou-se que na medida em que a paciente descreveu suas experiências emocionais nas interações com pessoas significativas (APQ06) sua ansiedade (APQ07) diminuiu (Figura 1).

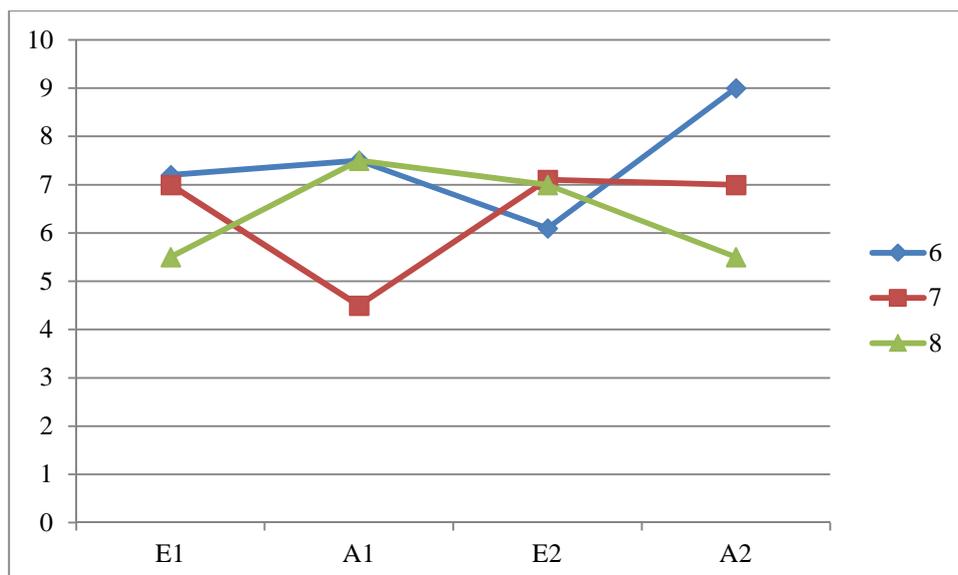


Figura 1. Itens do APQ mais relevantes da paciente (6, 7, 8).

Considerando a ansiedade como um sintoma e a psicoterapia como um processo que visa removê-lo, observa-se que a paciente iniciou a psicoterapia com manifestações de ansiedade. No decorrer das 10 primeiras sessões (E1) a ansiedade foi minimizada – as sessões do primeiro abandono apontam essa queda. Entretanto, durante o período de 8 semanas, em que a paciente se manteve fora da psicoterapia, esse sintoma foi intensificado (E2). Assim, na segunda etapa do processo foi característico da sessão a manifestação de tensão, ansiedade ou preocupação (APQ07). Nesse sentido, o estado afetivo da paciente permaneceu indicando que os conflitos estavam sendo trabalhados na psicoterapia, porém ainda eram vivenciados em forma de sintomas.

No segundo abandono (A2), o item 06 assumiu direção muito característica, demonstrando que durante essas sessões foram discutidos sentimentos associados a relacionamentos com pessoas significativas, incluindo a figura do terapeuta. Os itens referentes à interação, que são discutidos posteriormente, apontam que não houve dificuldades na interação com a terapeuta neste processo.

O trabalho colaborativo da paciente pode ser evidenciado pela disponibilidade em iniciar ou elaborar temas para discussão (APQ15r). Juliana se mostrou disposta a quebrar silêncios e desenvolvia tópicos espontaneamente ou em resposta a explorações do terapeuta, na maior parte do processo. Dessa forma, o comportamento da paciente contraria alguns aspectos referidos pela literatura acerca do fenômeno do abandono, tendo em vista que estudos mostram que o trabalho colaborativo em psicoterapia pode constituir um fator de aderência psicoterápica (Haan et al., 2013).

A aquisição de *insight* durante uma psicoterapia é apontado como fator protetivo ao abandono (Gatta et al., 2010). Nesta psicoterapia, o item que o investigou (APQ32r) assumiu irrelevância na segunda etapa de tratamento e direção incharacterística, no restante. Nesse sentido, verificou-se que nas sessões do primeiro abandono (A1) foi

evidente a incapacidade de obtenção de *insight* da paciente. Conclui-se que este aspecto possa ter contribuído para o desfecho, assim como também foi evidenciado no estudo de Jung et al. (2015).

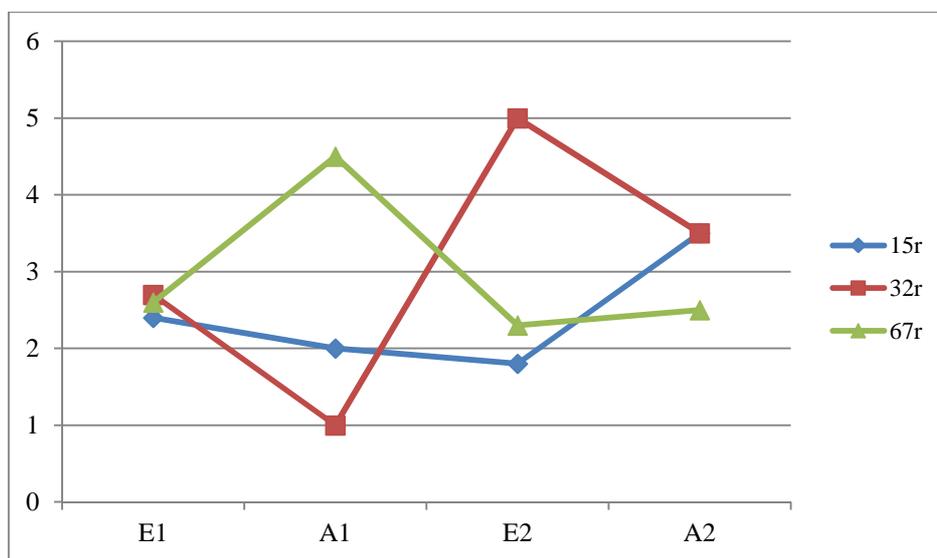


Figura 2. Itens do APQ menos relevantes da paciente (15r, 32r, 67r).

Um aspecto interessante a ser destacado na conduta da paciente foi que na consulta de triagem referiu ter sido diagnosticada, na infância, com TDAH. Entretanto, na avaliação psiquiátrica, realizada subsequente à triagem, esse transtorno não foi diagnosticado. Corroborando a não sintomatologia de um TDAH, o item 67r do instrumento APQ, que se destina a avaliar a capacidade que a paciente tem de se concentrar durante a sessão, manteve-se incharacterístico e irrelevante na segunda etapa de tratamento, isto é, Juliana possui capacidade de se concentrar.

No que diz respeito à interação, dois itens do instrumento destinados a avaliar esta variável alinharam-se em todas as etapas da psicoterapia. Na medida em que a terapeuta pode intervir buscando explorar afetos e estados internos da paciente (APQ97), as sessões focalizaram-se em sua autoimagem (APQ35), isto é, quanto mais a

terapeuta direcionou o processo para o mundo interno, mais a paciente pode se questionar a respeito, tentando atingir uma compreensão interna.

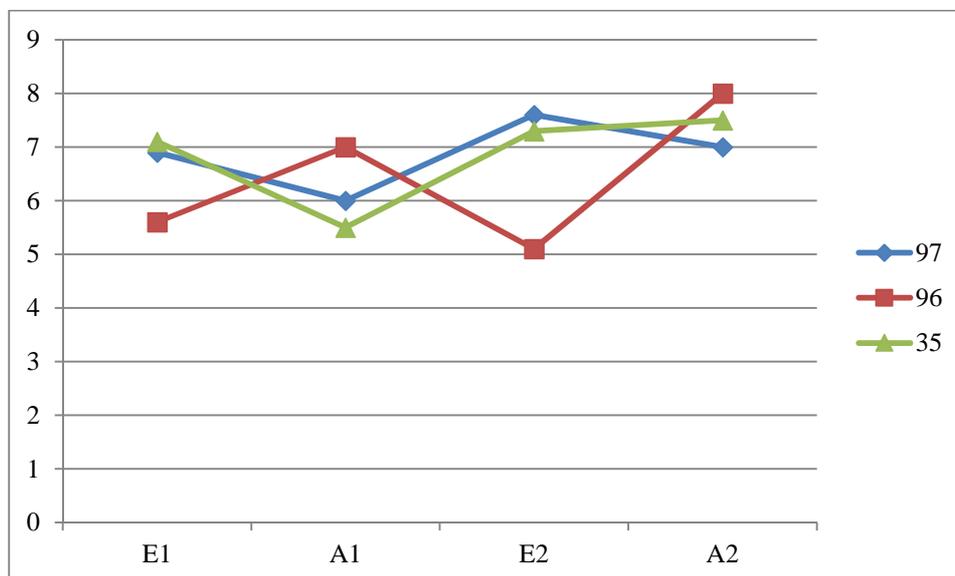


Figura 3. Itens do APQ mais relevantes da interação (97, 35, 96).

O item 96 investiga o quanto a terapeuta está atenta para os estados emocionais atuais do jovem, concentrando-se em como a jovem estava se sentindo sobre o que acabava de acontecer na sala. Nas sessões precedentes aos dois abandonos (A1 e A2), este item assumiu uma direção característica, nesse contexto, pode-se dizer que a terapeuta percebeu e discutiu aspectos que pudessem estar associados a conteúdos transferenciais, porém estes não foram relacionados com o futuro abandono.

Alguns estudos em psicoterapia psicanalítica na adolescência referem que a busca da autonomia como forma de consolidação da identidade, pertinente a fase, apresenta-se como fator preditivo ao abandono (Roos & Werbart, 2013). Contudo, adolescentes beneficiam-se de psicoterapias, e nelas buscam uma relação terapêutica igualitária. Nesse sentido, Juliana apresenta linearidade no item 05, nas distintas etapas da psicoterapia, demonstrando capacidade de compreensão dos comentários da terapeuta, o que sugere boa relação terapêutica.

O controle da interação elucidada pelo item 87r manteve-se constante durante as etapas, ou seja, a paciente pode trabalhar com a terapeuta de uma forma mais colaborativa, não exercendo controle sobre a interação. Uma interação linear entre paciente e terapeuta é apontada como fator protetivo ao abandono de psicoterapia psicanalítica na adolescência, segundo estudos sobre o tema. Os jovens relatam que a natureza favorável à relação com o terapeuta torna-se fundamental para a sua vontade de fazer o trabalho colaborativo em tratamento (Zack et al., 2007).

Nas sessões iniciais e finais da psicoterapia, o item 42 assume direção incharacterística, entretanto, por se tratar de um item reverso, a média atingida aponta que a paciente considera os comentários e observações da terapeuta. Elucidando, assim, uma boa aliança terapêutica no transcorrer da psicoterapia. O item 51r destina-se a avaliar a conduta projetiva da paciente, neste processo, ele se mantém constante durante a psicoterapia, isto é, Juliana, frequentemente, reconhece suas próprias características ou sentimentos, não atribuindo-as a terapeuta.

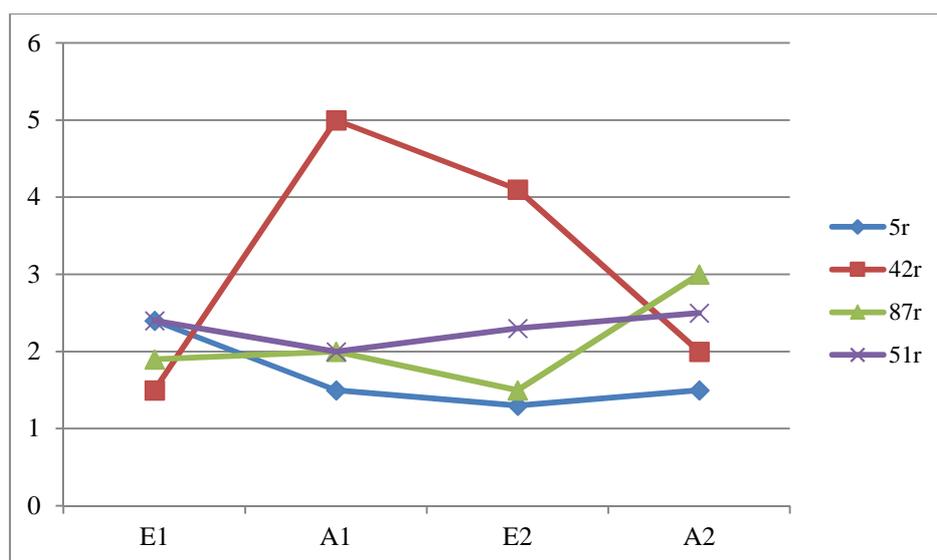


Figura 4. Itens menos relevantes da interação (5r, 42r, 87r, 51r).

No que concerne à psicoterapia psicanalítica na adolescência, estudos sugerem como fator protetivo ao abandono a conduta cuidadosa, preocupada e de apoio e a postura ativa e comunicativa que assumem alguns terapeutas. A avaliação dos itens (APQ03,APQ17,APQ31) da terapeuta evidenciaram a postura citada no estudo acima, em que ocupam posições relevantes e concomitantes ao longo do processo. A frequente solicitação de informações e elaborações (APQ31), a fim de facilitar a fala da paciente, (APQ03) constituem a dinâmica das intervenções nesta psicoterapia. Nas sessões dos dois abandonos de tratamento, a postura ativa da terapeuta assumiu direção muito característica (APQ17, APQ31).

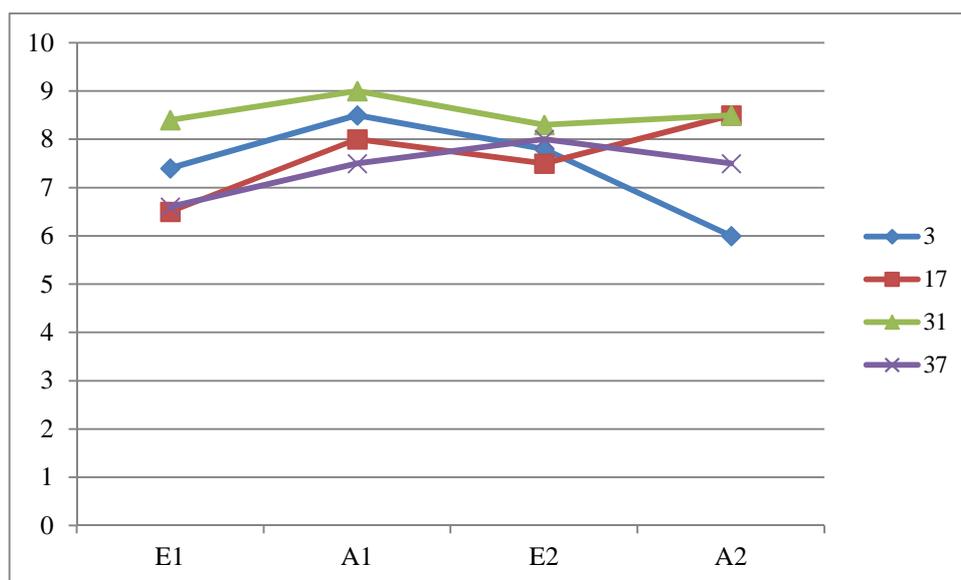


Figura 5. Itens do APQ mais relevantes da terapeuta (3, 17, 31, 37).

A capacidade empática da terapeuta frente a intensos sentimentos ou impulsos da paciente (APQ37) torna-se característica no transcorrer do processo, o que sugere aspectos positivos a aliança terapêutica. Assim, uma meta-análise realizada por Haan et al.(2013) sobre abandono de tratamento em crianças e adolescentes aponta que terapeutas que demonstram maior sensibilidade à dinâmica de poder e que promovam o trabalho colaborativo sobre os problemas da adolescência são suscetíveis ao

estabelecimento de uma forte aliança terapêutica, que se torna fator preditivo à aderência psicoterápica.

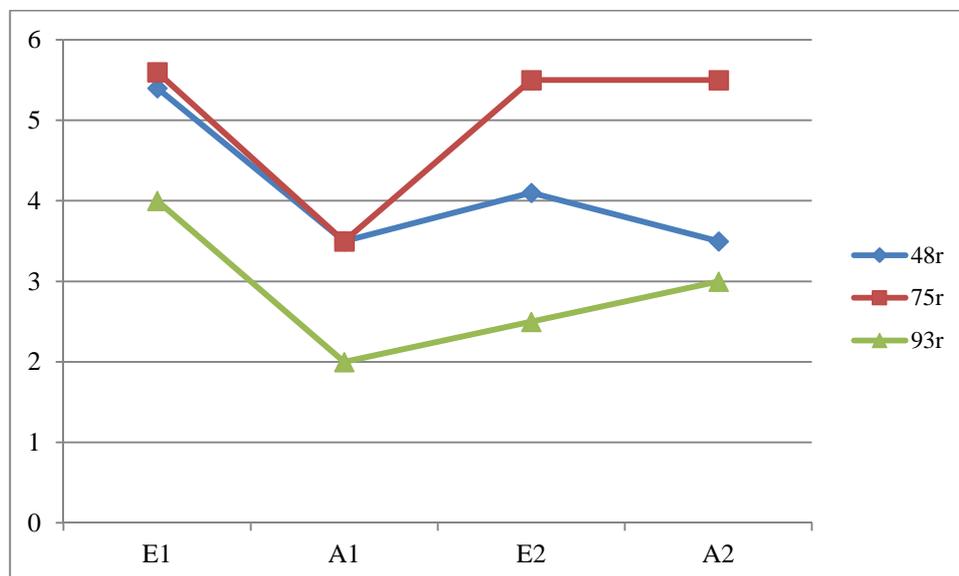


Figura 6. Itens do APQ menos relevantes da terapeuta (93r, 48r, 75r).

A irrelevância do item 48 é mantida no transcorrer da psicoterapia, sua pouca oscilação demonstra que questões de independência da jovem não foram identificadas como foco de discussão pela terapeuta. Segundo os juízes avaliadores deste processo, essas questões, de fato, não deveriam ter sido abordadas.

Ainda avaliando a conduta da terapeuta, o item 93 perde sua irrelevância nas sessões do primeiro abandono e assume direção não característica no transcorrer do processo, o objetivo é investigar a respeito da conduta da terapeuta em relação aos pensamentos ou comportamentos da jovem. Nesse contexto, evidencia-se uma terapeuta que expressa opiniões, ou toma posições, tanto explícita quanto implicitamente.

Essa postura ativa e aberta da terapeuta contribui com habilidades pessoais para um terapeuta de adolescentes, pois estudos destinados ao tema referem que abertura, autenticidade, compaixão, sensibilidade e disponibilidade emocional são características

de personalidade e habilidades interpessoais necessárias a um terapeuta nesta faixa etária (Meeks & Bernet, 2000; Zack et al., 2007).

Mesmo com movimentos similares aos itens já discutidos, e com predominância irrelevante e pouco oscilante, o aspecto investigado pelo item 75 norteia a questão final deste estudo. O item busca avaliar se a terapeuta presta atenção aos sentimentos do jovem sobre pausas, interrupções ou término da terapia.

Em síntese, nesse contexto, em que a paciente apresentou histórico de abandonos precoces de tratamento e a terapeuta assumiu uma postura predominantemente ativa (APQ17), chama atenção a ausência de intervenções que pudessem proporcionar à dupla discussões a respeito de sentimentos relacionados com pausas, interrupções ou término da terapia. A paciente demonstrou satisfatório aproveitamento nas sessões, com postura colaborativa e disponibilidade externa para o processo (APQ15r, APQ42r, APQ05r). A terapeuta, por sua vez, assume uma conduta ativa (APQ17), apresenta habilidades pessoais e técnicas subjacentes à psicoterapia psicanalítica na adolescência (APQ37, APQ97, APQ93). A interação ocorreu de uma forma linear e constante e aspectos subjacentes a uma boa aliança terapêutica foram identificados (APQ87r, APQ51r, APQ42r, APQ05r).

Ao relacionar as variáveis avaliadas nesse processo com o abandono psicoterápico na adolescência conclui-se que tanto terapeuta quanto paciente predisseram aspectos suscetíveis à boa aderência terapêutica. Nesse sentido, estudos já apontavam que a postura ativa e comunicativa que assumem alguns terapeutas pode constituir fator protetivo ao abandono. Contudo, Juliana deixou de frequentar a psicoterapia, e ao observar as sessões do segundo abandono, pode-se afirmar que a paciente interrompe o processo com sua sintomatologia acentuada. A narrativa descritiva com os itens mais e menos característicos dessas sessões (A2) demonstrou

que foram predominadas por períodos de silêncio (APQ12), em que a paciente manifestou tensão, ansiedade ou preocupação ao longo das sessões (APQ07), seu humor estava triste ou deprimido (APQ94), expressando sentimentos de inadequação, inferioridade, ou ineficácia (APQ59).

A interrupção precoce de tratamento ocasiona prejuízos, como elucidado na sintomatologia da paciente. Nesse sentido, explorar fatores que impediram a continuidade da psicoterapia ampliam reflexões acerca da técnica psicoterápica. O fenômeno do abandono, como desfecho clínico desta psicoterapia, e suas múltiplas perspectivas de explorá-lo abastecem hipóteses no que se refere a sua causa. A hipótese formulada para esta psicoterapia consiste na associação de variáveis da dupla, em que a paciente não adquire *insight* (APQ32r) e a terapeuta não intervém visando abordar discussões sobre sentimentos relacionados a pausas ou interrupções de tratamento (APQ75r).

Tomando como referência as sessões do A1 e do A2, observa-se que os focos trabalhados se alteraram. Nas etapas E1 e E2 a autoimagem (APQ35) foi explorada, já nas sessões dos abandonos (A1 e A2) a discussão voltava-se para o que na sala se passava (APQ96), sugerindo aspectos da transferência. O que está em consonância com aspectos já evidenciados no clássico estudo de Piper et al. (1999), em que nestas sessões a exploração dos problemas do paciente são substituídas pelo foco na transferência. Nesse sentido, o autor sugere intervenções que visem à clarificação dos papéis do paciente e do terapeuta.

Salienta-se aqui, que ao iniciar a psicoterapia, Juliana traz consigo histórico de abandonos precoces de tratamento e significativas lacunas em seu desenvolvimento emocional decorrentes de abandono parental. Frente a estes aspectos expostos no *setting* a terapeuta não deteve sua atenção em explorá-los, nesse sentido, o impulso não

nomeado atualiza-se novamente. Sugere-se assim, a utilização de intervenções que visem explorar aspectos relacionados ao abandono em pacientes com este histórico.

### **Considerações Finais**

A realização de estudos de caso único contribui para reflexões acerca de intervenções que possam manter os pacientes em tratamento, viabilizando alcançarem melhores resultados. Este estudo analisou, em profundidade, um processo que se caracterizou por apresentar critérios significativos a uma psicoterapia, em que tanto paciente quanto terapeuta apresentaram características e posturas preditoras a uma boa aderência psicoterápica. Entretanto, frente ao abandono como desfecho clínico deste processo, esta pesquisa sugere que dentre as habilidades de um psicoterapeuta esteja a adaptação de suas intervenções considerando o abandono como possível consequência.

Verificou-se que a busca pela autonomia vivenciada pelo adolescente representa manifestações do paciente no *setting*. Salienta-se que a dinâmica subjacente à adolescência engloba rompimentos e ressignificações que podem ressoar nos processos psicoterápicos, em forma de tratamentos fracionados, com recorrentes abandonos. Dessa forma, conclui-se que as manifestações de abandono no *setting* devam ser exploradas através do apontamento de faltas ou interrupções precoces.

Nesse contexto, ao analisar em profundidade dados descritivos deste processo com aspectos subjacentes a dinâmica da paciente, verifica-se que a psicoterapia de Juliana ocorreu em partes fragmentadas, portanto fomenta-se a interpretação de que intervenções da terapeuta que visassem nomear essas interrupções, pausas ou abandonos, auxiliariam na capacidade de *insight* da paciente e consequente manutenção no processo. Espera-se, portanto, que mesmo considerando as limitações deste estudo, os resultados da análise deste processo possam contribuir para a melhor compreensão

dos elementos envolvidos na psicoterapia de casos com desfecho de abandono. Principalmente, considerando casos na fase da adolescência, que se revestem de elementos desafiadores para o psicoterapeuta de todas as abordagens teóricas.

### Referências

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4. ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavior therapy and the problem of dropout. *Clinical Psychology Review*, 63(6),585-592. doi: 10.1002/jclp.20368
- Bambery, M., Porcerelli, J. H., & Ablon, J. S. (2009). Prototypes of psychodynamic and CBT psychotherapy with adolescents: Development and applications for training. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(1), 175-181.
- Baruch, G., Vrouva, I., & Fearon, P. (2009). A follow-up study of characteristics of young people that dropout and continue psychotherapy: Service implications for a clinic in the community. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 69-75. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00492.x
- Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-58. Retrieved from <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/202/217>
- Benetti, S. P. C., Esswein, G. C., Bernardi, G., Midgley, N., Calderón, A. (2014). Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ): Prototypes of psychoanalytic psychotherapy and cognitive behavioral therapy. *Book of Abstracts Society for Psychotherapy Research 45th International Annual Meeting* (pp.105).Copenhagen: Denmark.

- Binder, P.E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I to therapy? A qualitative analysis of former patients conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256. doi: 10.1080/14733140902898088
- Block, M. A., & Greeno, C. G. (2011). Examining outpatient treatment dropout in adolescents: A literature review. *Child Adolescent Social Work Journal*, 28(5), 393-420. doi: 10.1007/s10560-011-0237-x
- Calderón, A. (2014). *Development and validation of the Adolescent Psychotherapy Q-set (APQ)*. (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/1453282/>
- Chilelli, K. B., & Enéas, M. L. E. (2000). Desistência em psicoterapia breve: Pesquisa documental e da opinião do paciente. *Boletim de Iniciação Científica de Psicologia*, 1(1), 47-52.
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34. Retrieved from <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>.
- Gastaud, M. B., Basso, F., Soares, J. P. G., Eizirik, C. L., & Nunes, M. L. T. (2011). Preditores de não aderência ao tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (2), 109-115. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1328.pdf>
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247-254. doi: 10.1590/S0047-20852010000300012

- Gatta, M., Spoto, A., Testa, P., Svanellini, L., Lai, J., Salis, M., Sauma, M., & Battistella, P. (2010). Adolescent insight within the working alliance: a bridge between diagnostic and psychotherapeutic processes. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 1*, 45-52. doi: 10.2147/AHMT.S9323
- Haan, A. M., Boon, A. E., Jong, J. T., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical psychology review, 33*(5), 698-711.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J., & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(3), 329-343. doi: 10.1093/clipsy.9.3.329
- Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Schestatsky, S., & Ceitlin, L. H. F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29* (3), 265-273. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a05>
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L.F., Cecero, J.J., & Liddle, H.A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 121-129. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.121
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 35* (1), 181-190. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n3/v35n3a05.pdf>

- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2015). Desistência e conclusão em psicoterapia psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 17(1), 25-40. Retrieved from [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=167)
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and efficiency of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed, pp.139-193). New York: John Willey.
- Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (2012). Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence. *Psychotherapeutic*, 57, 193-194. doi: 10.1007/s00278-012-0900-5
- Lhullier, A. C., & Nunes, M. L. T. (2004). Uma aliança que se rompe. *Ciência e Profissão – Diálogos*, 1, 43-49.
- Lhullier, A., Nunes, M. L., Horta, B., & Silvaes, E. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In E.Silvaes (Ed.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alínea, 229-256.
- Lomax, J. W., Andrews, L. B., Burruss, J. W., & Morrey, S. (2007). Supervisão em psicoterapia. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp. 663-675). Porto Alegre: Artmed.
- Meeks, J. E., & Bernet, W. (2000). *The fragile alliance: An orientation to psychotherapy of the adolescent*. Malabar, USA: Krieger Pub Co.
- Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 113-118. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n2/a08v27n2.pdf>

- Midgley, N., & Kennedy, K. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of evidence bases. *Journal of Child Psychotherapy*, 37 (3), 232-260.doi:10.1080/0075417X.2011.614738
- Navridi, E., & Midgley, N. (2006). An exploratory study of premature termination in child analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5 (4), 437-458.doi: 10.1080/15289160701382360
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 221-234.doi: 10.1037/a0022180
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(1), 98-102.doi: 10.1037/a0022161
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., & Piper, W.E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57-70. doi:10.1080/10673220590956429
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36 (2), 114- 122.doi: 10.1037/h0087787
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418.doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Rutter, M., & Stevenson, J. (2008). Using epidemiology to plan services: A conceptual approach. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J.Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5.ed.). Oxford: Blackwell Publishing.

- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia, 28*(4), 501-510. doi: 10.1590/S0103-166X2011000400010
- Stewart, P. K., Steele, M. M., & Roberts, M. C. (2012). What happens in therapy? Adolescents' expectations and perceptions of psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies, 23*(1), 1-9. doi: 10.1007/s10826-012-9680-3
- Swift, J.K., & Callahan, J.L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research, 21*(2), 193-200. doi:10.1080/10503307.2010.541294
- Ventura, M.M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da SOCERJ, 20*(5), 383-386. Retrieved from [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_05/a2007\\_v20\\_n05\\_art10.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf)
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Yin, R. K. (2001). *Estudos de caso: planejamento e métodos* (2. ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zack, S.E., Castonguay, L.G., & Boswell, J.F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15* (6), 278-288.

### Considerações Finais

A análise de processos psicoterápicos contribui para a exploração de fenômenos comuns às psicoterapias. A investigação em profundidade das variáveis paciente, terapeuta e interação, oportunizadas pela metodologia *Q-sort*, viabilizam análises que ampliam reflexões acerca de estratégias psicoterápicas capazes de manter os pacientes em tratamento até que possam obter, de fato, os benefícios que uma psicoterapia fornece.

Frente aos objetivos de abordar questões que incluíssem as ligações entre as características da paciente, comportamentos da terapeuta e especificidades da interação, método e prática, esta dissertação de mestrado evidenciou a possibilidade de integração de aspectos clínicos com dados descritivos de uma psicoterapia. Essa junção permitiu elaborar hipóteses acerca de possíveis causas de abandono, a partir da análise em profundidade de um caso de uma adolescente atendida em psicoterapia.

No que se refere a características da paciente, verifica-se no artigo 1, que a dinâmica pulsional de Juliana é regida por uma economia psíquica que despende energia emaranhando-se em conflitos inibidores de amadurecimento. O desfecho clínico do abandono e a falta de capacidade de *insight* da paciente, no momento da psicoterapia, evidenciam um estilo defensivo imaturo, com atuações de conflitos ainda não nomeados.

A análise mais aprofundada dos itens referentes a cada variável investigada, proposta no artigo 2, aponta que frente a disponibilidade da paciente no processo, as intervenções da terapeuta visavam causar reflexões internas relevantes. Contudo, como já mencionado no artigo 1, a falta de *insight* da paciente prejudicou a conscientização e possível elaboração de conflitos mais primitivos. Nesse sentido, sugere-se, a partir da análise realizada no artigo 2, que as intervenções da terapeuta contemplassem mais

aspectos relacionados ao seu histórico de abandono, visto que a nomeação de lacunas significativas do desenvolvimento emocional poderiam gerar maior integração egóica e maior nível de *insight*. Ao analisar em profundidade dados descritivos deste processo com aspectos subjacentes a dinâmica da paciente, verifica-se que a psicoterapia de Juliana ocorreu em partes fragmentadas, portanto fomenta-se a interpretação de que intervenções da terapeuta que visassem nomear estas interrupções, pausas ou abandonos, auxiliariam na capacidade de *insight* da paciente e consequente manutenção no processo. Tendo em vista a viabilidade de integração clínica empírica e a fertilidade de análises de processos terapêuticos, sugere-se, frente às múltiplas perspectivas de exploração do fenômeno do abandono, a realização de outras pesquisas que abordem esse tema na adolescência.

## Referências

- Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-58. Retrieved from <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/202/217>
- Benetti, S. P. C., Esswein, G. C., Bernardi, G., Midgley, N., Calderón, A. (2014). Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ): Prototypes of psychoanalytic psychotherapy and cognitive behavioral therapy. *Book of Abstracts Society for Psychotherapy Research 45th International Annual Meeting* (pp.105). Copenhagen: Denmark.
- Block, A. M., & Greeno, C. G. (2011). Examining outpatient treatment dropout in adolescents: A literature review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(5), 393-420. doi: 10.1007/s10560-011-0237-x
- Calderón, A. (2014). *Development and validation of the Adolescent Psychotherapy Q-set (APQ)*. (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/1453282/>
- Gabbard, G. O. (2007). Principais modalidades: psicanalítica/psicodinâmica.. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp. 14-29). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2015). Desistência e conclusão em psicoterapia psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 17(1), 25-40. Retrieved from [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=167)

- Midgley, N., & Kennedy, K. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of evidence bases. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260. doi:10.1080/0075417X.2011.614738
- Reinecke, M. A., & Shirk, S. R. (2007). Psicoterapia com adolescentes. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp.481-499). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Winnicott, D. W. (2005). Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott. In: C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis. Porto Alegre, Brasil, Artmed. (Original published in 1964).

## Apêndices

### Apêndice A - Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)

1. Costuma se culpar ou se sentir responsável por coisas ruins que acontecem.
2. É capaz de usar seus talentos, habilidades e energia de forma produtiva e eficiente.
3. Tira vantagens dos outros; preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
4. Superestima a sua importância.
5. Costuma ser emocionalmente intrusivo (a); costuma não respeitar as necessidades de autonomia e privacidade dos outros.
6. Frequentemente é acometido (a) por pensamentos obsessivos que considera como sendo sem sentido ou intrusivos.
7. Demonstra incerteza quanto à própria identidade étnica e racial (ex. desvaloriza e rejeita ou supervaloriza e preocupa-se com a própria herança cultural).
8. Costuma entrar em disputas por poder.
9. Costuma pensar que os outros tem inveja dele/dela.
10. Sente que algumas pessoas tem uma habilidade especial, quase mágica de compreender seus pensamentos e sentimentos mais íntimos (ex. imagina uma afinidade tão grande entre elas que um esforço na comunicação se torna supérfluo).
11. Costuma se tornar rápida ou intensamente apegado (a) às outras pessoas, desenvolvendo sentimentos e expectativas, etc., que não correspondem a história ou ao contexto do relacionamento.
12. As emoções costumam fugir do controle levando a extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação, etc.
13. Costuma usar seus problemas psicológicos ou médicos para evitar o trabalho ou responsabilidades (seja consciente ou inconscientemente).
14. Costuma culpar os outros pelas próprias deficiências e fracassos; costuma acreditar que seus problemas são causados por fatores externos.
15. Falta uma imagem estável de si mesmo ou de quem gostaria de se tornar (ex. atitudes, valores, objetivos, sentimentos sobre si mesmo podem ser instáveis).
16. Costuma ser raivoso (a) e hostil (seja consciente ou inconscientemente).
17. Costuma ser bajulador (a) (“puxa saco”) ou submisso (a) (ex. pode aceitar coisas que não concorda, ou que não quer fazer na esperança de receber apoio e aprovação).
18. Quando envolvido (a) romanticamente ou atraído (a) sexualmente costuma perder o interesse se for correspondido (a).
19. Gosta de desafios, sente prazer em realizar as coisas.
20. Costuma fraudar, mentir ou enganar os outros.
21. Costuma ser hostil em relação às pessoas do sexo oposto, seja consciente ou inconscientemente (ex. depreciando, competindo, etc.).
22. Costuma desenvolver sintomas somáticos como consequência de estresse ou conflitos (ex. dor de cabeça, dor nas costas, dor de barriga, asma, etc.).

23. Costuma se envolver romanticamente ou sexualmente em triângulos (ex. se interessa mais por parceiros que já se encontram envolvidos em outros relacionamentos).
24. Costuma ser pouco confiável e irresponsável (ex. pode não cumprir com as obrigações no trabalho ou deixar de honrar suas dívidas financeiras).
25. Tem dificuldade em reconhecer ou expressar raiva.
26. Costuma se envolver ou permanecer em relacionamentos nos quais é emocionalmente ou fisicamente abusado (a).
27. Tem ataques de pânico que podem durar de poucos minutos até poucas horas, acompanhados de alterações fisiológicas intensas (ex. aceleração cardíaca, falta de ar, sensação de sufocamento, náusea, tontura, etc.).
28. Costuma se preocupar com sujeira, limpeza, contaminação, etc. (ex. beber no copo de outra pessoa, sentar no vaso sanitário público, etc.).
29. Tem dificuldade de compreender o comportamento das outras pessoas; frequentemente não compreende, interpreta mal ou se atrapalha com as ações e reações dos outros.
30. Costuma se sentir letárgico (a), cansado (a) ou sem energia.
31. Costuma desconsiderar os direitos, propriedades ou segurança dos outros.
32. É capaz de manter um relacionamento amoroso significativo caracterizado por intimidade genuína e cuidado amoroso.
33. Parece inibido (a) na busca de objetivos ou sucesso; aspirações ou conquistas tendem a estar abaixo do seu potencial.
34. Costuma ser sexualmente provocativo (a) ou sedutor (a), seja consciente ou inconscientemente (ex. flerta inapropriadamente, preocupa-se com conquistas sexuais, tem a propensão a criar falsas expectativas nos outros, etc.).
35. Costuma ser ansioso (a).
36. Costuma se sentir desamparado (a), sem poder ou à mercê de forças que estão fora do seu controle.
37. Sente-se bem em pertencer e contribuir com a comunidade (ex. organizações de bairro, igreja, vizinhança, etc.).
38. Costuma ter a sensação de não ser autêntico (a) na presença de outras pessoas; costuma se sentir falso (a) ou fraudulento (a).
39. Parece obter prazer e satisfação sendo sádico (a) ou agressivo (a) com os outros (seja consciente ou inconscientemente).
40. Tem tendência a se envolver em comportamento ilegal ou criminoso.
41. Parece incapaz de descrever as pessoas que lhe são importantes de uma forma realista; as descrições que faz das pessoas envolvem somente duas dimensões, sendo pobre nos detalhes.
42. Costuma sentir inveja.
43. Costuma buscar poder e influencia sobre os outros (seja de forma benéfica ou destrutiva).
44. A percepção da realidade pode se tornar completamente distorcida quando estressado (a) (ex. pode se tornar delirante).
45. Costuma idealizar algumas pessoas de modo irrealista; vê-las como “totalmente boas” excluindo delas os defeitos humanos comuns.
46. Costuma ser sugestionável ou facilmente influenciado (a).
47. É inseguro quanto a se definir como heterossexual, homossexual ou bissexual.
48. Procura ser o centro das atenções.

49. Tem fantasias de ter sucesso, poder, beleza, talento ilimitados e de ser brilhante, etc.
50. Costuma sentir que a vida não tem sentido.
51. Costuma despertar a simpatia dos outros.
52. Possui pouca empatia; parece incapaz de compreender ou corresponder às necessidades e sentimentos dos outros a não ser que coincidam com os seus.
53. Costuma tratar os outros como uma plateia que testemunha a sua importância, o seu brilhantismo, sua beleza, etc.
54. Costuma sentir-se inadequado (a), inferior ou fracassado (a).
55. É capaz de encontrar sentido e autossatisfação guiando, orientando ou cuidando de outras pessoas.
56. Parece encontrar pouco ou nenhum prazer, satisfação ou divertimento nas atividades da vida.
57. Costuma sentir-se culpado (a).
58. Tem pouco ou nenhum interesse em ter relações sexuais com outra pessoa.
59. É empático (a); é sensível e responsivo (a) aos sentimentos e necessidades dos outros.
60. Costuma ser tímido (a) ou reservado (a) em situações sociais.
61. Costuma desvalorizar qualidades tradicionalmente associadas ao próprio sexo enquanto valoriza qualidades tradicionalmente associadas ao sexo oposto (ex. mulheres que denigrem a capacidade de cuidar e a sensibilidade emocional enquanto supervalorizam realizações e independência).
62. Costuma ser preocupado (a) com alimentos, dieta e comidas.
63. É capaz de ser efetivo (a) e apropriadamente assertivo (a) quando necessário.
64. O humor costuma variar em intervalos de semanas ou meses entre estados de excitação e depressão (altas oscilações implicando no Transtorno de Humor Bipolar).
65. Procura controlar ou exercer domínio sobre alguém importante (ex. esposa/marido; namorado/namorada; companheiros; membros da família), através da violência ou intimidação.
66. É excessivamente devotado (a) ao trabalho e a produtividade em detrimento do lazer e dos relacionamentos.
67. Costuma ser mesquinho (a) e retentivo (a) (seja com dinheiro, ideias, emoções, etc.).
68. Aprecia e responde bem ao senso de humor.
69. Tem dificuldade em se desfazer de coisas desgastadas ou inúteis; costuma acumular, colecionar, se apegar as coisas.
70. Tem episódios de comer compulsivo seguidos de comportamento purgativo (ex. provoca vômitos, abuso de laxantes, jejuns, etc.); tem episódios bulímicos.
71. Costuma buscar emoções extremas, novidades, aventuras, etc.
72. As percepções são superficiais, globais e impressionistas; tem dificuldade em focar nos detalhes.
73. Costuma ser catastrófico (a), geralmente vê os problemas como desastrosos ou sem solução, etc.
74. Expressa as emoções de modo exagerado e teatral.
75. Costuma pensar de modo concreto e interpretar as coisas de forma literal; tem capacidade limitada para perceber metáforas, analogias e nuances.

76. Consegue provocar nos outros sentimentos semelhantes aos quais está sentindo (ex. quando enraivecido (a) age de forma a provocar raiva nos outros; quando ansioso (a) age de modo a induzir ansiedade nos outros).
77. Costuma ser muito carente ou dependente; exige constantemente ser reasegurado (a) e receber aprovação por parte dos outros.
78. Costuma expressar agressão de forma passiva e indireta (ex. cometendo enganos, procrastinando, esquecendo, sendo mal-humorado (a), etc.).
79. Costuma ver algumas pessoas como “totalmente más”, e perde a capacidade de perceber qualquer qualidade positiva que a pessoa possa ter.
80. Costuma ser sexualmente possessivo (a) ou ciumento (a), costuma estar preocupado (a) em relação a uma situação de infidelidade real ou imaginada.
81. Repetidamente reexperencia ou revive um evento traumático passado (ex. tem lembranças intrusivas ou sonhos recorrentes sobre o evento; teme ou se apavora quando algum evento atual é parecido ou simboliza o evento passado).
82. É capaz de ouvir informações que são emocionalmente ameaçadoras (ex. que desafiam crenças pessoais, percepções, auto-percepções), podendo utilizá-las e se beneficiar com elas.
83. Suas ideias e expectativas parecem clichê ou estereotipadas, como se tivessem sido tiradas de um livro ou de um filme.
84. Costuma ser competitivo (a) com os outros (seja consciente ou inconscientemente).
85. Experimenta conscientemente interesses homossexuais (quando esses interesses são moderados implicam numa bissexualidade; mas quando elevados, implicam exclusivamente em homossexualidade).
86. Costuma se sentir envergonhado (a) ou encabulado (a).
87. Rapidamente acredita que os outros desejam lhe prejudicar ou tirar vantagem sobre ele/ela; costuma perceber intenções maldosas nas ações e palavras das pessoas.
88. Costuma não ser suficientemente preocupado (a) com a satisfação das próprias necessidades; parece não se sentir merecedor (a) das coisas.
89. Parece ter conseguido elaborar experiências dolorosas vividas no passado, encontrando sentido e crescimento a partir dessas experiências.
90. Costuma se sentir vazio (a) ou entediado (a).
91. Costuma ser autocrítico (a), cria padrões muito altos e irrealistas para si mesmo e é intolerante com seus próprios defeitos.
92. É articulado (a); consegue se expressar bem através das palavras.
93. Parece saber menos sobre o mundo do que seria esperado em função da sua inteligência, experiência, etc.; parece ingênuo (a) ou inocente.
94. Possui uma vida sexual ativa e satisfatória.
95. Mostra-se confortável e à vontade em situações sociais.
96. Costuma despertar rechaço/aversão ou animosidade nos outros.
97. Costuma utilizar seus atrativos físicos em um grau excessivo para ganhar atenção e ser notado (a).
98. Costuma temer ser rejeitado (a) ou abandonado (a) por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.
99. Parece associar a atividade sexual com perigo (ex. dano, punição, contaminação, etc.), seja consciente ou inconscientemente.
100. Costuma pensar de forma abstrata e intelectualizada, mesmo em assuntos

<p>101. Geralmente encontra satisfação e alegria em atividades da vida diária.</p>
<p>102. Possui uma fobia específica (ex. cobras, aranhas, cachorros, aviões, elevadores, etc.).</p>
<p>103. Costuma reagir à crítica com sentimentos de fúria ou humilhação.</p>
<p>104. Demonstra possuir pouca necessidade de companhia ou contato humano; é genuinamente indiferente a presença dos outros.</p>
<p>105. Costuma evitar confiar nas pessoas por medo de ser traído (a); acredita que as coisas que diga ou que faça serão usadas contra ele/ela.</p>
<p>106. Costuma expressar emoções de forma apropriada em termos de qualidade e intensidade de acordo com a situação.</p>
<p>107. Costuma expressar características ou maneirismos tradicionalmente associados com o próprio sexo em um grau exagerado (mulher super-feminina, homem super-masculino, “machão”).</p>
<p>108. Costuma restringir a ingestão de comida ao ponto de ficar abaixo do peso e desnutrido (a).</p>
<p>109. Tem a tendência em realizar comportamento automutilante (ex. cortar-se, queimar-se, etc.).</p>
<p>110. Costuma se ligar ou ficar interessado (a) afetivamente por pessoas que são emocionalmente inacessíveis.</p>
<p>111. Tem capacidade para reconhecer pontos de vista alternativos, mesmo em assuntos que despertam emoções intensas.</p>
<p>112. Costuma ser despreocupado (a) com as consequências das suas ações, parece sentir-se imune ou invulnerável.</p>
<p>113. Aparenta não sentir remorso por danos ou prejuízos causados aos outros.</p>
<p>114. Costuma ser crítico (a) com os outros.</p>
<p>115. Costuma quebrar coisas ou tornar-se fisicamente violento (a) quando irritado (a).</p>
<p>116. Costuma ver nas outras pessoas os próprios sentimentos e impulsos inaceitáveis ao invés de em si mesmo (a).</p>
<p>117. É incapaz de se acalmar ou se confortar quando estressado (a); precisa da atenção de outra pessoa para regular o próprio afeto.</p>
<p>118. Costuma ver as experiências sexuais como repugnantes ou nojentas.</p>
<p>119. Costuma ser inibido (a) ou retraído (a); tem dificuldade em reconhecer ou expressar os próprios desejos e impulsos.</p>
<p>120. Possui padrões éticos e morais e se esforça para mantê-los.</p>
<p>121. É criativo (a); é capaz de ver as coisas ou enfrentar os problemas de modo inovador.</p>
<p>122. As moradias onde vive costumam ser caóticas ou instáveis (ex. os ambientes são temporários, transitórios ou mal definidos; podem não ter telefone ou endereço fixo).</p>
<p>123. Costuma aderir rigidamente as rotinas diárias e se torna ansioso (a) ou desconfortável quando elas são alteradas.</p>
<p>124. Costuma evitar situações sociais por medo de sentir vergonha ou humilhação.</p>
<p>125. A aparência ou os modos parecem esquisitos ou peculiares (ex. aparência, higiene, postura, contato visual, ritmo da fala, etc. parece de alguma forma estranho (a) ou “esquisito (a)”).</p>
<p>126. Parece possuir um limitado ou pequeno repertório de emoções.</p>

127. Costuma se sentir mal compreendido (a), maltratado (a), ou vitimizado (a).
128. Fantasia encontrar um amor perfeito e ideal.
129. Costuma se sentir conflituado (a) em relação à autoridade (ex. pode sentir que deve se submeter, se rebelar, buscar aprovação, derrotar, etc.).
130. Processos de raciocínio ou experiências perceptuais parecem esquisitas e idiossincráticas (ex. pode fazer inferências aparentemente arbitrárias; pode ver mensagens escondidas ou significados especiais em eventos comuns).
131. Possui dificuldade em se permitir experimentar emoções prazerosas intensas (ex. excitação, alegria, orgulho).
132. Costuma ter vários envolvimento sexuais; é promíscuo (a).
133. Costuma ser arrogante, desdenhosamente orgulhoso (a) ou indiferente.
134. Costuma agir impulsivamente, sem considerar as consequências.
135. Apresenta medos infundados de contrair doenças; costuma interpretar dores e mal-estares corriqueiros como sintomas de doenças; é hipocondríaco (a).
136. Costuma ser supersticioso (a) ou acreditar em fenômenos sobrenaturais ou mágicos (ex. astrologia, tarô, cristais, percepção extra-sensorial, auras, etc.).
137. Demonstra evidências de desejos ou interesses homossexuais inconscientes (ex. pode ser excessivamente homofóbico (a), ou pode mostrar sinais de atração por pessoas do mesmo sexo sem ter consciência disso).
138. Tende a entrar em estados alterados ou dissociados de consciência quando aflito (a) (ex. sente a si mesmo ou o mundo como estranhos, não familiares ou irreais).
139. Costuma ser rancoroso (a); pode ruminar insultos ou desconsiderações por um longo período de tempo.
140. Tem uma perversão sexual ou um fetiche; segue um roteiro rígido ou exige condições específicas para poder obter gratificação sexual.
141. É extremamente identificado (a) com uma “causa” social ou política numa intensidade que parece excessiva ou fanática.
142. Costuma fazer gestos ou ameaças repetidas de tentativas de suicídio, seja “como um pedido de ajuda” ou tentando manipular os outros.
143. Costuma acreditar que somente poderá ser valorizado (a) por pessoas de alto <i>status</i> , assim como acredita que deve ligar-se exclusivamente a pessoas que são superiores ou “especiais”.
144. Costuma se ver como alguém lógico (a) e racional, não influenciado (a) por emoções; prefere agir como se as emoções fossem irrelevantes ou inconsequentes.
145. A fala costuma ser circunstancial, vaga, dispersa, tangencial, etc.
146. Costuma provocar tédio nas outras pessoas (ex. é capaz de falar incansavelmente, sem expressar sentimentos ou sobre assuntos sem importância).
147. Costuma abusar de bebidas alcoólicas.
148. Possui pouco <i>insight</i> sobre as próprias motivações, comportamentos etc.; é incapaz de considerar interpretações alternativas para as próprias experiências.
149. Costuma se sentir excluído (a); e/ou como “alguém de fora”; sente como se ele/ela não fizesse parte da situação ou grupo.
150. Costuma se identificar com pessoas admiradas num grau exagerado; costuma se tornar um (a) admirador (a) ou um (a) “discípulo (a)” (ex. “pega emprestado” atitudes, crenças, maneirismo, etc., de outra (s) pessoa (s)).
151. Parece sentir que as experiências passadas são uma série de eventos soltos ou desconexos; tem dificuldade de apresentar uma história de vida coerente.

152. Costuma reprimir ou esquecer eventos estressantes ou distorcer as lembranças relativas a esses eventos até o ponto de não mais reconhecê-los.
153. Relacionamentos interpessoais costumam ser instáveis, caóticos e de curta duração.
154. Costuma gerar reações extremas ou despertar sentimentos intensos nos outros.
155. Costuma descrever as experiências de modo genérico; não tem vontade ou é incapaz de oferecer detalhes específicos.
156. Possui uma distorção na imagem corporal; se vê como não atraente, grotesco (a), nojento (a), etc.
157. Costuma tornar-se irracional quando emoções fortes são despertadas; chega a demonstrar um declínio visível em seu nível de funcionamento normal.
158. Parece temer um compromisso amoroso de longa duração.
159. Costuma negar ou rejeitar as próprias necessidades de cuidado, conforto, envolvimento, etc., ou considerar tais necessidades inaceitáveis.
160. Não tem amigos nem relacionamentos íntimos.
161. Costuma abusar de drogas ilícitas.
162. Expressa sentimentos ou crenças contraditórias sem demonstrar estar incomodado com essa inconsistência; tem pouca necessidade de resolver a contradição entre as ideias.
163. Parece querer se “punir”; cria situações que levam a infelicidade ou ativamente evita oportunidades prazerosas e gratificantes.
164. Costuma agir ou sentir como se fosse moralmente superior aos outros.
165. Costuma distorcer desejos ou sentimentos inaceitáveis transformando-os em seu oposto (ex. pode expressar uma preocupação ou afeição excessiva enquanto demonstra sinais de uma não reconhecida hostilidade; sugere repulsa sobre assuntos sexuais enquanto demonstra sinais não reconhecidos de interesse ou excitação, etc.).
166. Costuma oscilar entre uma atitude descontrolada ou supercontrolada a respeito das próprias necessidades e impulsos (ex. suas necessidades e desejos são expressos impulsivamente e com pouca consideração pelas consequências ou então são repudiados sendo permitida pouca expressão dos mesmos).
167. Demonstra ao mesmo tempo precisar e rejeitar os outros (ex. deseja intimidade e cuidado, mas costuma rejeitá-los quando lhe são oferecidos).
168. Luta com desejos suicidas genuínos.
169. Teme tornar-se parecido (a) com um de seus pais (ou figura substitutiva desses) com o qual tem fortes sentimentos negativos, fará o possível para evitar/rejeitar atitudes ou comportamentos associados com aquela pessoa.
170. Costuma ser opositor (a), desafiador (a) ou pronto para discordar.
171. Parece temer ficar só; busca a qualquer custo evitar ficar sozinho (a).
172. Experimenta uma disfunção sexual específica durante a relação sexual ou nas tentativas de relação sexual (ex. inibição do orgasmo ou vaginismo nas mulheres; impotência ou ejaculação precoce em homens).
173. Costuma ficar preso (a) nos detalhes, frequentemente chegando ao ponto de perder o que é significativo numa dada situação.
174. Espera ser perfeito (a) (ex. na aparência, nas conquistas, no desempenho, etc.).
175. Costuma ser responsável e consciente de compromissos e obrigações.
176. Costuma confundir os próprios pensamentos, sentimentos ou traços de personalidade com os dos outros (ex. pode usar as mesmas palavras para descrever a si mesmo (a) e a outra pessoa, acredita que os dois compartilham pensamentos e

sentimentos idênticos, lida com a pessoa como se fosse uma “extensão sua”, etc.).
177. Repetidamente convence os outros de que está comprometido (a) em mudar seu comportamento, mas volta novamente a apresentar os mesmos problemas anteriores; tende a convencer os outros de que “desta vez vai ser diferente”.
178. Preocupa-se com o sentimento de que algo ou alguém foi perdido de modo irrecuperável (ex. amor, juventude, a chance de ser feliz, etc.).
179. Costuma ser cheio (a) de disposição e extrovertido (a).
180. Tem dificuldade em tomar decisões, costuma ser indeciso (a) ou vacilar quando precisa fazer escolhas.
181. Costuma escolher parceiros (as) sexuais ou companheiros (as) que parecem inapropriados em termos de idade, <i>status</i> (ex. social, econômico, intelectual), etc.
182. Costuma ser controlador (a).
183. É psicologicamente capaz de <i>insight</i> ; é capaz de compreender a si mesmo e aos outros de um modo perspicaz e sofisticado.
184. Suas verbalizações parecem incoerentes com os afetos que as acompanham ou incoerentes com as mensagens não-verbais concomitantes.
185. Costuma expressar raiva de forma inapropriada e intensa, desproporcional à situação do momento.
186. Tem dificuldade em dirigir sentimentos ternos e sexuais em relação a uma mesma pessoa (ex. vê as pessoas como respeitáveis e com virtudes, ou como objetos sexuais e de excitação, mas não ambos).
187. Costuma se sentir culpado (a) ou envergonhado (a) em relação aos seus interesses ou atividades sexuais (consciente ou inconscientemente).
188. A vida profissional/laboral costuma ser caótica ou instável (ex. os trabalhos parecem ser sempre temporários, transicionais ou mal definidos).
189. Costuma se sentir infeliz, deprimido (a) ou desanimado (a).
190. Aparenta sentir-se privilegiado (a) e superior esperando tratamento preferencial.
191. As emoções costumam mudar rápida e imprevisivelmente.
192. Costuma ser super preocupado( a) com regras, procedimentos, ordem, organização, programações, etc.
193. Faltam-lhe habilidades sociais, tende a ser socialmente esquisito (a) ou inadequado (a).
194. Tenta manipular as emoções dos outros para obter o que deseja.
195. Costuma estar constantemente preocupado (a) com a morte ou o morrer.
196. É capaz de encontrar sentido e satisfação na busca de objetivos e ambições de longo prazo.
197. Costuma buscar ou criar relacionamentos interpessoais nos quais se coloca no papel de cuidador (a), salvador (a) ou protetor (a) dos outros.
198. Não é verbalmente articulado (a), possui limitada habilidade de se expressar com as palavras.
199. Costuma ser passivo (a) e indeciso (a).
200. É capaz de formar relacionamentos próximos e duradouros caracterizados por apoio mútuo e troca de experiências.

**Apêndice B - Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)**

- Item 1: Jovem expressa, verbalmente ou não verbalmente, sentimentos negativos dirigidos ao terapeuta
- Item 2: Terapeuta chama atenção para o comportamento não verbal do jovem
- Item 3: Observações do terapeuta são destinadas a facilitar a fala do jovem
- Item 4: Objetivos do jovem no tratamento são discutidos
- Item 5: Jovem tem dificuldade em entender os comentários do terapeuta
- Item 6: Jovem descreve suas experiências emocionais nas interações com pessoas significativas
- Item 7: Jovem está ansioso ou tenso
- Item 8: Jovem expressa sentimentos de vulnerabilidade
- Item 9: Terapeuta trabalha com o jovem para tentar dar sentido a sua experiência
- Item 10: Jovem demonstra sentimentos de irritabilidade
- Item 11: jovem explora sentimentos e experiências sexuais
- Item 12: ocorrem silêncios durante a sessão
- Item 13: jovem está animado ou empolgado
- Item 14: jovem não se sente entendido pelo terapeuta
- Item 15: jovem não inicia ou elabora os tópicos
- Item 16: jovem teme ser punido ou ameaçado
- Item 17: terapeuta estrutura ativamente a sessão
- Item 18: o terapeuta transmite um sentido de aceitação não crítica
- Item 19: jovem explora perdas
- Item 20: jovem é provocativo e testa os limites da relação terapêutica
- Item 21: terapeuta revela informações sobre si
- Item 22: jovem expressa sentimentos de remorso
- Item 23: jovem é curioso sobre pensamentos, sentimentos ou comportamentos dos outros
- Item 24: jovem demonstra capacidade de vincular estados mentais a ações ou comportamentos
- Item 25: jovem fala com consideração e preocupação
- Item 26: jovem experimenta ou expressa afeto incômodo (dor)
- Item 27: terapeuta oferece orientações e conselhos explícitos (versus adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo)
- Item 28: jovem comunica um sentido de empreendedorismo
- Item 29: jovem fala sobre querer ser autônomo ou independente dos demais
- Item 30: jovem tem dificuldade de iniciar a sessão
- Item 31: terapeuta solicita mais informação ou elaboração
- Item 32: jovem adquire uma nova compreensão
- Item 33: terapeuta adota uma postura psicoeducacional
- Item 34: jovem culpa os outros ou forças externas pelas dificuldades
- Item 35: autoimagem é um foco de discussão
- Item 36: terapeuta reflete abertamente sobre erros, equívocos ou falta de sintonia que ocorreram na relação com o jovem
- Item 37: terapeuta é cuidadoso quando confrontado com intensos sentimentos ou impulsos do jovem
- Item 38: o terapeuta e o jovem demonstram uma compreensão mútua em relação a eventos ou sentimentos
- Item 39: o terapeuta encoraja o jovem a refletir sobre sintomas

- Item 40: jovem se comunica com afeto
- Item 41: jovem sente-se rejeitado ou abandonado
- Item 42: jovem rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta
- Item 43: terapeuta sugere o significado do comportamento de outros
- Item 44: jovem se sente cauteloso ou desconfiado do terapeuta (versus confiante e seguro).
- Item 45: o jovem está preocupado com a sua dependência em relação ao terapeuta
- Item 46: terapeuta se comunica com o jovem num estilo claro e coerente
- Item 47: quando a interação com o jovem é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação
- Item 48: terapeuta encoraja independência no jovem
- Item 49: há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o jovem tentar fora da sessão
- Item 50: terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis
- Item 51: jovem atribui suas próprias características ao terapeuta
- Item 52: jovem apresenta dificuldades com o encerramento das sessões
- Item 53: jovem discute experiências como se estivesse distante de seus sentimentos
- Item 54: jovem é claro e organizado em sua expressão
- Item 55: jovem sente que é tratado com injustiça pelos outros
- Item 56: o material das sessões anteriores é discutido
- Item 57: o terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento
- Item 58: jovem resiste às tentativas do terapeuta em explorar seus pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas
- Item 59: jovem se sente inadequado e inferior
- Item 60: terapeuta chama a atenção para o modo característico do jovem de lidar com as emoções
- Item 61: jovem se sente tímido ou inseguro
- Item 62: terapeuta identifica um tema repetitivo no comportamento ou conduta do jovem
- Item 63: jovem discute e explora relacionamentos interpessoais atuais
- Item 64: sentimentos sobre relacionamento de amor romântico são um tópico de discussão
- Item 65: terapeuta reafirma ou reformula a comunicação do jovem a fim de clarificar seu significado
- Item 66: terapeuta é diretamente encorajador
- Item 67: jovem demonstra dificuldade para se concentrar ou manter a atenção durante a sessão
- Item 68: terapeuta encoraja o jovem a discutir hipóteses e ideias subjacentes à experiência
- Item 69: terapeuta encoraja a exploração do impacto potencial do comportamento do jovem nos outros
- Item 70: jovem luta para controlar sentimentos ou impulsos
- Item 71: terapeuta desafia crenças muito genéricas ou absolutas
- Item 72: jovem se engaja animadamente na discussão de pensamentos e ideias
- Item 73: jovem está comprometido com o trabalho terapêutico
- Item 74: humor é utilizado
- Item 75: terapeuta presta atenção aos sentimentos do jovem sobre pausas, interrupções ou término da terapia

- Item 76: terapeuta explicitamente reflete sobre seu próprio comportamento, palavras ou sentimentos
- Item 77: terapeuta encoraja o jovem a notar sentimentos ou sensações somáticas
- Item 78: jovem procura aprovação, afeição ou simpatia do terapeuta
- Item 79: a experiência do jovem sobre seu corpo é discutida
- Item 80: terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente
- Item 81: terapeuta revela respostas emocionais
- Item 82: terapeuta adota uma abordagem de resolução de problemas com o jovem
- Item 83: jovem é exigente
- Item 84: jovem expressa raiva ou sentimentos agressivos
- Item 85: terapeuta encoraja o jovem a tentar novas formas de comportar-se com os outros
- Item 86: terapeuta encoraja reflexão sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos de pessoas significativas
- Item 87: jovem controla a interação com o terapeuta (é controlador)
- Item 88: jovem oscila entre fortes estados emocionais durante a sessão
- Item 89: terapeuta faz afirmações precisas sobre o que está passando na mente do jovem
- Item 90: sonhos ou fantasias do jovem são discutidos
- Item 91: jovem discute comportamentos ou preocupações que causam angústia ou risco
- Item 92: os sentimentos ou percepções do jovem são relacionados com situações ou comportamentos do passado
- Item 93: terapeuta se abstém de tomar posição em relação aos pensamentos ou comportamentos do jovem
- Item 94: jovem se sente triste ou deprimido
- Item 95: jovem se sente beneficiado pela terapia
- Item 96: terapeuta atenta para os estados emocionais atuais do jovem
- Item 97: terapeuta encoraja reflexão sobre estados e afetos internos
- Item 98: a relação terapêutica é um foco de discussão
- Item 99: terapeuta levanta questões sobre ponto de vista do jovem
- Item 100: terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos