

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**PEDRO RHEINGANTZ ABUCHAIM**

**RELAÇÃO ENTRE ALIANÇA TERAPÊUTICA E ABANDONO EM  
PSICOTERAPIA BREVE EM PACIENTES ADULTOS COM DEPRESSÃO**

Pelotas

2016

**PEDRO RHEINGANTZ ABUCHAIM**

**RELAÇÃO ENTRE ALIANÇA TERAPÊUTICA E ABANDONO EM  
PSICOTERAPIA BREVE EM PACIENTES ADULTOS COM DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

Pelotas

2016

**RELAÇÃO ENTRE ALIANÇA TERAPÊUTICA E ABANDONO EM  
PSICOTERAPIA BREVE EM PACIENTES ADULTOS COM DEPRESSÃO**

Conceito final: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Dr. Rafael Gomes Karam Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul.

---

Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza Universidade Católica de  
Pelotas

---

Orientador – Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

## RESUMO

O abandono em psicoterapia é um desfecho de extrema importância na clínica diária; sua prevalência fica em torno de 20%, ou seja, um em cada cinco pacientes que iniciarem tratamento em psicoterapia abandoná-lo-ão. Assim, é de grande importância avaliar de forma objetiva os fatores associados ao abandono na tentativa de evitá-lo, tendo em vista o prejuízo causado por essa interrupção tanto para paciente, terapeuta e serviço de saúde. Diversos estudos têm demonstrado a importância da Aliança Terapêutica nos resultados da psicoterapia. O presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a qualidade da Aliança Terapêutica e a taxa de interrupção do tratamento em psicoterapia breve, em adultos diagnosticados com depressão atendidos em ambulatório de psicologia na cidade de Pelotas. Os participantes serão alocados em dois grupos e receberão duas intervenções psicoterápicas: Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva de tempo limitado. A qualidade da Aliança Terapêutica será avaliada em diversos momentos do tratamento através do Helping Alliance Questionnaire II (versão do paciente e do terapeuta). Por meio deste estudo, espera-se determinar se a Aliança Terapêutica pode ser um fator preditor de abandono em psicoterapia.

**Palavras-chave:** psicoterapia, abandono, interrupção, aliança terapêutica, aliança de trabalho.

## ABSTRACT

Treatment dropout in psychotherapy is of extreme importance in daily medical practice; it occurs in about 20% of clinical cases, i.e., one in five patients initiating psychotherapy treatment will abandon it. Thus, it is important that the factors behind treatment dropout could be objectively assessed in an attempt to avoid it altogether, considering the damage it causes to patients, therapists and to the health system. Several studies have demonstrated the importance of Therapeutic Alliance in the outcomes of psychotherapy. This study aims to evaluate the association between the quality of the Therapeutic Alliance and the rate of discontinuation of brief psychotherapy in depression-diagnosed adults who received guidance clinic treatment in the city of Pelotas. Participants will be divided into two groups and given two psychotherapeutic interventions; Cognitive Behavioral Psychotherapy and Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy for limited time. The quality of the Therapeutic Alliance will be evaluated at various times of treatment by Helping Alliance Questionnaire II (Version patient and therapist). Through this study, it is expected to determine whether the therapeutic alliance can be a predictive factor dropout in psychotherapy.

**Keywords:** Psychotherapy, dropout, work alliance, therapeutic alliance.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AT	Aliança Terapêutica
ASSIT	<i>Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
ES	<i>Effect Size</i>
HAq	<i>Helping Alliance Questionnaire</i>
MA	Meta-análise
MINI PLUS	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> na versão Plus
PTR	<i>Patient Therapeutic Ratio</i>
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>0</b>
• .....	<b>9</b>
<b>PROJETO.....</b>	<b>1</b>
• .....	<b>0</b>
<b>1.IDENTIFICAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
• .....	<b>1</b>
1.1 .....	<b>1</b>
Título.....	<b>1</b>
1.2 Titulação em andamento que designa o autor do trabalho (ex. Mestrando).....	<b>1</b>
1.3 Orientador .....	<b>1</b>
1.4 Instituição.....	<b>1</b>
1.5 Curso .....	<b>1</b>
1.6 Linha de pesquisa.....	<b>1</b>
1.7 Data.....	<b>1</b>
	<b>1</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
	<b>1</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>1</b>
	<b>1</b>
<b>4 HIPÓTESES.....</b>	<b>1</b>
	<b>1</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>1</b>
	<b>2</b>
<b>6 MÉTODO.....</b>	<b>1</b>
6.1 Delineamento.....	<b>1</b>
6.2 Participantes.....	<b>4</b>
6.3 Critérios Diagnósticos.....	<b>1</b>
6.4 Procedimentos e instrumentos.....	<b>1</b>
6.5 Análise dos dados.....	<b>5</b>

6.6 Aspectos éticos.....	
6.7 Cronograma.....	<b>1</b>
6.8 Orçamento.....	<b>6</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>2</b>
<b>8 ARTIGO.....</b>	<b>2</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO.....</b>	<b>2</b>
<b>10 ANEXOS.....</b>	<b>2</b>
Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	2
Anexo B: Carta de aprovação no comitê de ética.....	4
Anexo C: Instrumentos.....	2
	5
	2
	6
	2
	7
	2
	8
	2
	8
	2
	<b>9</b>
	<b>3</b>
	<b>3</b>
	<b>5</b>
	<b>3</b>

9

**5**

**4**

5

4

5

5

5

6

## **APRESENTAÇÃO**

O presente projeto tem como objetivo avaliar a associação entre a qualidade da aliança terapêutica e a taxa de interrupção do tratamento em psicoterapia breve, em adultos diagnosticados com depressão atendidos em ambulatório de psicologia na cidade de Pelotas.

**PROJETO**

## **1. IDENTIFICAÇÃO**

**1.1 Título:** Relação entre Aliança Terapêutica e Abandono em Psicoterapia Breve em Pacientes Adultos com Depressão

**1.2 Mestrando:** Pedro Rheingantz Abuchaim

**1.3 Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

**1.4 Instituição:** Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

**1.5 Curso:** Mestrado em Saúde e Comportamento

**1.6 Linha de pesquisa:** Saúde Mental

**1.7 Data:** novembro, 2014

## 2. INTRODUÇÃO

A interrupção em psicoterapia é uma questão recorrente no trabalho do terapeuta em sua clínica diária. O tema do término de tratamento é muito estudado, mas a interrupção na maior parte dos textos é apenas citada e pouco se tem aprofundado nas questões básicas deste assunto como os fatores envolvidos na interrupção (tanto do paciente, como do terapeuta). Alguns fatores objetivos como: idade<sup>1,2</sup>, etnia<sup>2</sup>, classe social<sup>2,3</sup>, nível educacional<sup>1</sup>, melhora<sup>3,4,5,6,7,8</sup>, diagnóstico<sup>1,2,3,7,9,10</sup>, motivação<sup>4,9,10</sup>, causas externas<sup>3,4,11</sup>, necessidade de independência em relação à psicoterapia<sup>3,5,8</sup>, envolvimento em nova relação significativa<sup>3</sup> e empatia<sup>12</sup> e experiência do terapeuta<sup>1</sup>, são relatados em estudos científicos como preditores positivos ou negativos relacionados com o maior risco de abandono durante o tratamento.

Entre os fatores comuns às psicoterapias, a literatura atual aponta a aliança terapêutica como um dos aspectos mais relevantes para uma boa evolução e desfecho de um tratamento<sup>13,14,15,16,17</sup>, bem como, redução do risco de interrupção<sup>6,9,10,18,19,20</sup>. A aliança terapêutica (AT) pode ser entendida como um processo que se estabelece entre paciente e terapeuta, contendo aspectos conscientes e inconscientes, que está baseado em experiências prévias, onde foi possível o estabelecimento de uma relação interpessoal, sendo dessa forma, um vínculo real com o terapeuta indispensável para realização do trabalho psicoterápico. Existem variações nas definições de AT entre os diversos investigadores, mas aparentemente é consenso que a idéia central da AT (a) captura o elemento colaborativo entre paciente e terapeuta e (b) leva em consideração a capacidade de ambos (paciente e terapeuta) em negociar um contrato apropriado para amplitude e profundidade da terapia<sup>13</sup>.

Diversos estudos têm demonstrado a relação positiva entre aliança terapêutica e o desfecho em psicoterapia<sup>9,10,13,14,15,16,17,20,21</sup>, assim como, sua participação como fator preditor de desfecho<sup>16</sup>. Em relação à participação do paciente e do terapeuta na construção da AT os estudos mostram resultados controversos, alguns apontando para uma maior participação do paciente<sup>19,22,23</sup> e outros para uma maior participação do terapeuta<sup>14,24,25</sup>. Um estudo demonstrou que a escolha do paciente pela forma de intervenção realizada tem influência direta na qualidade da AT e no desfecho<sup>23</sup>.

A última meta-análise sobre o tema de abandono em psicoterapia, demonstrou uma taxa de interrupção em torno de 20%<sup>1</sup>, ou seja, um em cada cinco pacientes que iniciam tratamento psicoterápico irá interrompê-lo. Assim, é de grande importância que

se possa avaliar de forma objetiva os fatores associados ao abandono na tentativa de evitá-lo, tendo em vista, o prejuízo causado por essa interrupção para o paciente, terapeuta e serviço de saúde.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a qualidade da aliança terapêutica e a taxa de interrupção do tratamento em psicoterapia breve, em adultos diagnosticados com depressão atendidos em ambulatório de psicologia na cidade de Pelotas.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Avaliar a associação entre a qualidade da aliança terapêutica e a taxa de interrupção do tratamento em psicoterapia breve, em adultos diagnosticados com depressão atendidos em ambulatório de psicologia na cidade de Pelotas.

#### **3.2 Específicos**

- Investigar quais variáveis sócio-demográficas estarão associadas ao abandono e a qualidade da aliança terapêutica.
- Investigar se a qualidade aliança da terapêutica pode ser um preditor de abandono em pacientes adultos com diagnóstico de depressão submetidos a tratamento psicoterápico.
- Investigar se a percepção da aliança terapêutica do terapeuta corresponde à percepção do paciente e qual delas estará mais associada ao abandono.

#### **4. HIPÓTESES**

- Duplas terapêuticas com pior qualidade na aliança terapêutica terão maior prevalência abandono do tratamento psicoterápico.
- Pacientes com menor escolaridade e mais jovens terão maiores taxas de abandono.
- A qualidade da aliança terapêutica será um preditor de abandono do tratamento.
- A percepção da aliança terapêutica pelo paciente é mais sensível para prever o abandono do que a percepção da aliança terapêutica do terapeuta.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão bibliográfica teve início em abril de 2014 e estendeu-se até o mês de setembro do mesmo ano, sendo realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, PsycINFO, Lilacs e Scielo. Também, como de estratégias de busca, foram utilizadas as citações nas referências bibliográficas dos artigos pesquisados. Os seguintes descritores foram utilizados:

#1) Psychotherapy

AND

#2) work alliance OR help alliance OR therapeutic alliance

AND

#3) dropout OR premature termination

Base de dados	Citações
PubMed	1299
PsycINFO	20
Lilacs	0
Scielo	1

Após a exclusão dos artigos repetidos e daqueles que não demonstraram relevância sobre o tema pesquisado, bem como, a inclusão de artigos citados nos estudos selecionados, foram identificados, até o momento, 40 artigos considerados relevantes aos objetivos propostos, sendo que destes 6 meta-análises. Destes 40 artigos apenas 2 abordavam a relação entre a aliança terapêutica e o abandono, sendo 1 uma meta-análise.

No ano de 2012 Swift e cols.<sup>1</sup> realizaram uma meta-análise (MA) para avaliar a prevalência de interrupção prematura em psicoterapia de adultos, ela avaliou 669 estudos com um total de 83.834 sujeitos, a taxa de abandono encontrada foi de 19.7%, 95% CI [18.7%, 20.7%]. O estudo encontrou uma alta heterogeneidade na estimativa de abandono [ $Q(668) 7,694.74, p .001, I^2 93.3$ ], com taxas de abandono de 0% a 74.23%. A alta heterogeneidade sugere reais diferenças nas taxas de abandono entre os estudos, indicando que a média ponderada da taxa de abandono pode não ser a

estimativa mais apropriada para todos os estudos. Especialmente, neste grau de heterogeneidade, as taxas de interrupção podem diferir dependendo dos potenciais moderadores e covariáveis. Como fatores associados ao abandono precoce estavam: pacientes jovens, com baixo nível educacional, diagnóstico de transtorno de personalidade ou transtorno alimentar, terapeuta em treinamento, intervenção não manualizada ou sem tempo limite. O abandono não era moderado pela orientação da terapia, pelo formato individual ou de grupo, pelas características demográficas dos sujeitos e pelas características do terapeuta (idade, gênero e raça). Mesmo ocorrendo uma taxa de abandono mais baixa que a demonstrada em MA anteriores [47%, Wierzbicki e Pekarik (1993)], a interrupção continua sendo um problema significativo tendo em vista que 1 em cada 5 pacientes irão abandonar a terapia. Concluem os autores que esforços especiais devem ser feitos para diminuir o abandono particularmente entre pacientes jovens, pacientes com transtorno de personalidade ou transtornos alimentares e pacientes sendo atendidos por terapeutas em treinamento.

Em 2007, Arrow e cols.<sup>2</sup> avaliaram os preditores e as razões para o abandono de tratamento em pacientes cronicamente deprimidos, submetidos a três intervenções: terapia cognitivo-comportamental (TCC), nefazodona (tratamento farmacológico) e tratamento combinado, com duração de 12 semanas. Esse estudo encontrou uma prevalência de abandono de 22,7%. Pacientes que realizaram o tratamento combinado ficaram em média um tempo maior em tratamento (média = 40 dias, contra 27 e 28 do grupo medicamento e TCC, respectivamente), os pacientes que receberam TCC que abandonaram tinham escores de AT mais baixos que os que completaram, sendo essa diferença estatisticamente significativa. A taxa de abandono por efeitos colaterais foi menor nos pacientes em terapia combinada, sugerindo que AT com o terapeuta aumentava a aceitação aos efeitos colaterais. Como fatores preditores de abandono os autores observaram: ser de minoria étnica, ser jovens, baixa renda, e co-morbidade com transtorno de ansiedade.

Em 1996, Krupnickw e cols.<sup>14</sup> realizaram um estudo através *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*, com o objetivo de avaliar a relação entre AT e desfecho em pacientes deprimidos em tratamento ambulatorial. Os pacientes receberam psicoterapia interpessoal, TCC, imipramina ou placebo com acompanhamento clínico. O desfecho foi avaliado pela perspectiva do paciente e do clínico avaliador e pela sintomatologia depressiva. A AT teve um efeito significativo no desfecho das duas psicoterapias, bem como, no grupo

da imipramina e do placebo. O grau da contribuição do paciente na AT foi significativo com o desfecho do tratamento, já a contribuição do terapeuta não foi significativamente vinculada à AT e ao desfecho. Esse resultado indica que a AT é um fator comum às modalidades de tratamento para depressão com significativa influência no desfecho.

Diversos estudos têm relacionado à qualidade da aliança terapêutica com o melhores desfechos no tratamento. Em 2000, Martin e cols.<sup>17</sup> realizaram uma MA como o objetivo de revisar a relação entre AT e desfecho sendo incluídos 79 estudos publicados e 21 dissertações de doutorado ou teses de mestrado. Os resultados indicaram uma relação global moderada, mas consistente entre AT e desfecho, independentemente das diversas variáveis que podem influenciar positivamente esta relação. O peso global da aliança-defecho foi um *Effect Size* (ES) d .22 ( $n = 68$ ,  $SD = .12$ ) com uma variância populacional estimada ( $\sigma^2$ ) em zero. O teste de homogeneidade conduzido no total da amostra resultou em um valor  $Q$  de 57.89 ( $df = 67$ ,  $p > .05$ ), indicando que esta relação representa uma população homogênea. Esta MA vai de encontro aos achados da literatura em psicoterapia que comprovam uma relação entre AT e desfecho em tratamentos psicoterápicos. Os pacientes tendem a ver a aliança de forma estável, enquanto os terapeutas indicam uma maior mudança com o passar do tempo, desta forma o paciente está mais propenso a avaliar o AT de forma positiva no término do tratamento se a avaliação inicial foi positiva. A associação direta entre AT e desfecho identificada por esta revisão apóia a hipótese que a AT pode, por si mesma, ser terapêutica. Segundo o estudo todas às escalas de avaliação de AT tem confiabilidade aceitável e se mostraram relacionadas ao desfecho.

Em 2011, Horvath e cols.<sup>24</sup>, publicaram uma MA com objetivo de avaliar a relação entre AT e desfecho em psicoterapia individual. Essa é quarta MA publicada desde 1991 sobre o tema. A relação entre AT e desfecho do tratamento (ajustando o tamanho da amostra e medidas não independentes de desfecho) foi  $r = .275$  ( $k = 190$ ), [IC 95% (.25, .30),  $p < .0001$ ]. Os dados coletados nesta MA foram muito heterogêneos. O ES agregado para AT e desfecho de tratamento foi de  $r = .275$  ( $k = 190$ ), [IC 95% (.25, .30),  $p < .0001$ ]. A magnitude de relação encontrada foi similar, apesar de ser um pouco maior que as descritas em MA anteriores (Horvath & Symonds, 1991,  $r = .26$ ,  $k = 26$ ; Martin ET AL., 2000,  $r = .22$ ,  $k = 79$ ; Horvath & Bedi, 2002,  $r = .21$ ,  $k = 100$ ). A média de ES do estudo foi .28, o ES global foi .275 ( $p < .0001$ ), indicando uma moderada, mas confiável, relação entre AT e desfecho em psicoterapia. As limitações se devem à amplitude dos critérios de inclusão do estudo e de terem sido utilizados

dados muito diferentes nos estudos selecionados. Sendo um problema considerar que os resultados do estudo representam a relação AT/desfecho como é pesquisada atualmente. Os autores do trabalho concluíram que se confirmou a relação entre AT e diversos desfechos para várias formas de psicoterapias. A magnitude desta correlação junto aos efeitos do terapeuta são um dos preditores mais robustos do sucesso de um tratamento, que a pesquisa empírica é capaz de documentar.

Também no mesmo ano, Diener e Monroe<sup>22</sup> publicaram uma MA que examinou a relação entre “*adult attachment style*” e AT em psicoterapia individual. A teoria do *Attachment* utiliza o modelo interno de trabalho que contém suposições inconscientes sobre o indivíduo e os outros, que são utilizadas para dar sentido à ambigüidade inerente às relações interpessoais. Indivíduos com *attachment style* mais seguro supõe, conforme seu modelo de trabalho interno, uma confiança na benevolência dos outros, sua adequação e bondade essencial e o seu desejo por conexão interpessoal. No trabalho com o terapeuta esses indivíduos terão facilidade em criar um vínculo emocional, concordar com os objetivos do tratamento e concordar com o trabalho para atingir esses objetivos. Os resultados indicaram uma relação de que quanto maior o grau de segurança do “*attachment*” mais “forte” a AT, com um ES global de  $r = .17$ , [ $p < .001$ , IC 95% (.10, .23)], viés de publicação não foi demonstrado, os resultados não se mostraram heterogêneos ( $Q = 6.10$ ,  $df = 16$ ,  $p = .99$ ) e todas análises entre estudos não foram significantes ( $p > .10$ ). Os resultados demonstraram uma relação mais significativa da medida de aliança do paciente com o *attachment*, quando comparado a medida de aliança do terapeuta. Os autores concluíram que indivíduos com *attachment style* mais seguro demonstraram uma AT mais “forte”, enquanto indivíduos com *attachment style* menos seguro demonstraram uma AT mais “fraca”. A AT “é o mais robusto preditor de sucesso terapêutico” (Safran e Muran, 2011). Dessa forma, os psicoterapeutas podem prestar atenção particular à pacientes com histórico de *attachment* mais inseguros, com o objetivo de melhorar a qualidade da AT. Indivíduos com *attachment* mais inseguros podem desenvolver AT positiva com os seus terapeutas.

Em 2012, Del Re e cols.<sup>25</sup> realizaram uma MA com o objetivo de (1) testar o “efeito do terapeuta” na correlação aliança-desfecho e (2) estender os achados de estudos anteriores examinando diversos potenciais confundidores/covariantes desta relação. Foram utilizados um subgrupo de 69 estudos selecionados em outra MA Horvath et al.<sup>24</sup> com 190 estudos. Esses 69 estudos forneceram informações suficientes

para que se pudesse calcular a *Patient Therapeutic Ratio* (PTR = n pacientes/n terapeuta) que permite que se avalie a correlação entre as contribuições do terapeuta e do paciente para a aliança-desfecho. Foram controlados fatores de confusão através de meta-regressão multi-preditora. Resultados o efeito global absoluto do modelo de análise ( $k = 69$ ) foi  $r = .274$  [IC 95% (.230, .318)], valor muito próximo ao encontrado em outras MAs, houve um heterogeneidade significativa no ES ( $H = 159.09$ ,  $p < .0001$ ;  $I^2 = 57\%$ ) indicando que a variabilidade de um ou mais estudos poderia explicar a variabilidade do ES. O PTR se mostrou um moderador muito significativo para correlação aliança-desfecho [ $\beta = -.0011$ ,  $p = .002$ , IC 95% (.017, -.004)], significando que quanto menor o PTR maior a correlação aliança-desfecho. Os autores concluíram que a variabilidade do terapeuta na aliança é mais importante que a variabilidade do paciente em relação para a melhora do desfecho do tratamento, essa relação continua importante mesmo quando são controlados fatores de confusão/covariáveis desta relação. Isso sugere que: alguns terapeutas desenvolvem alianças mais “fortes” com seus pacientes (independentemente do diagnóstico); e os pacientes desses terapeutas atingem resultados superiores na conclusão do tratamento.

Outro estudo, realizado em 2006 por Johansson e cols.<sup>19</sup> em um ambulatório de psiquiatria na Suécia, contou com a participação de 122 pacientes e avaliou a influência dos fatores do paciente na relação entre aliança terapêutica e abandono. Os autores demonstraram que a aliança (processo interpessoal) percebida pelo paciente e não pela equipe provou ser a variável mais importante para estabelecer AT e prever o abandono precoce do tratamento. A responsividade do terapeuta/equipe a estes fatores do paciente parece ser de decisiva importância.

Em 2010, Sharf e cols.<sup>18</sup> realizaram uma MA para avaliar a relação entre abandono em psicoterapia e AT. Foram selecionados onze estudos que descreveram informações que permitiram o cálculo do ES da relação entre abandono e AT. Os resultados indicaram que pacientes com AT fraca tinham maior chance de abandono (média ponderada  $d = .55$ , IC 95% [.37, .73],  $Z = 5.92$ ,  $p < .001$ ,  $k = 11$ ). Algumas características como: história educacional, tempo de tratamento e *setting* do tratamento, mostraram-se de forma significativa com fatores moderadores da relação entre abandono e AT. Estudos com maior percentual de participantes que concluíram o ensino médio ou mais, tiveram fraca associação entre AT e abandono ( $p = .045$ ). Estudos com maior tempo de tratamento demonstraram forte associação entre abandono e AT ( $p = .01$ ), o aumento de 9 para 16 e 16 para 40 sessões correspondeu a

um aumento de .42 unidades do ES. Os autores concluíram que os resultados da MA demonstraram relação de moderada à forte entre abandono e aliança terapêutica ( $d = .55$ ). Além disso, o ES da AT encontrado neste estudo é mais robusto que o ES encontrado para características demográficas do paciente, como descrito em estudos anteriores. O estudo oferece uma importante contribuição para a literatura por ser o primeiro estudo que utilizou métodos de MA para examinar AT (uma variável da interação paciente-terapeuta) como preditor de abandono. Nenhuma diferença significativa foi encontrada nas fontes de medidas de aliança sugerindo que a AT é tipicamente intercorrelacionada. Os achados do estudo sugerem que deva se focar na melhora da qualidade da AT com o objetivo de reduzir o abandono em psicoterapia.

Concluindo, a grande maioria das MAs avaliadas, apontam para uma relação importante entre a qualidade da AT e os desfechos (tanto positivos, como negativos) do tratamento psicoterápico, apontam também para uma maior importância do papel do terapeuta no desenvolvimento dessa relação, o que deve ser levado em conta tanto na prática clínica diária, como também, pelas instituições de ensino que formam novos terapeutas. Além disso, devem ser investigados os fatores moderadores da AT podendo-se, dessa forma, fortalecer esta relação e evitar desfechos menos favoráveis.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Delineamento**

Estudo do tipo quase-experimental aninhado a um ensaio clínico randomizado.

### **6.2 Participantes**

#### ***6.2.1 Cálculo e tamanho amostral***

Em nossa revisão de literatura não encontramos estudos prévios que mostrem o percentual de abandono relacionado à qualidade da aliança terapêutica, o presente projeto utilizará o tamanho de amostra máximo, que for logisticamente viável recrutar. Cálculos de poder estatístico serão realizados após a coleta de dados.

#### ***6.2.2 Participantes***

Adultos de 18 a 60 anos de idade que buscaram por tratamento psicoterapêutico no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel. Além disso, o ensaio clínico foi divulgado nos serviços de saúde do município, como: CAPS, UBS, ambulatórios e hospitais, a fim de captar um número maior de participantes.

#### ***6.2.3 Critérios de inclusão***

- Ter entre 18 e 60 anos de idade;
- Ser diagnosticado com depressão maior pela equipe do estudo;
- Aceitar a coleta de material biológico proposta pelo estudo.

#### ***6.2.4 Critérios de exclusão***

- Estar em tratamento psicoterapêutico ou farmacológico em outro local;
- Apresentar risco de suicídio;
- Fazer uso abusivo de alguma substância psicoativa;
- Quando o diagnóstico de depressão for secundário a outra patologia.

#### ***6.2.5 Randomização***

Os indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade foram randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva de tempo limitado.

A randomização se deu por aleatorização simples, para tal 60 etiquetas de cada modelo de psicoterapia foram colocadas em um envelope pardo e para cada paciente incluído foi sorteado uma etiqueta. O pesquisador responsável pela randomização não participou do processo de avaliação, nem de intervenção psicoterapêutica. Além disso, a equipe responsável pela avaliação do *baseline* e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado.

### **6.2.6 Modelos de intervenção**

Os pacientes elegíveis receberam psicoterapia individual de 14 a 16 sessões, uma vez por semana, com cinquenta minutos de duração, em um dos modelos de intervenção descritos abaixo. A psicoterapia foi realizada no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental por psicólogos, alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel, e foram supervisionados por pesquisadores com formação nos modelos propostos.

#### **6.2.6.1 Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva de tempo limitado**

Modelo estruturado a partir da proposição de Lester Luborsky<sup>26</sup>. Baseia-se na análise do padrão central de relações que cada pessoa segue ao conduzir seus relacionamentos e é formulado a partir de suas narrativas de interação com outras pessoas. As técnicas utilizadas são suportivas (objetivam manter o nível de funcionamento do paciente) e expressivas (possibilitar a expressão e compreensão dos conflitos). As principais técnicas são: estabelecer a aliança terapêutica, formular e responder aos padrões centrais de relacionamento, responder as esferas de relacionamento, contextualizar o sintoma no padrão conflitual e trabalhar a separação.

#### **6.2.6.2 Psicoterapia Cognitivo Comportamental**

Compõe-se de 14 sessões estruturadas de acordo com a proposta de Aaron Beck<sup>27</sup>. Em geral, cada sessão do presente modelo psicoterapêutico segue um roteiro que se inicia pela checagem do humor do paciente, seguida de uma retomada da sessão anterior, estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa, discussão dos itens da agenda, estabelecimento da tarefa de casa, resumo final e devolução.

### **6.3 Critérios diagnósticos**

Para o diagnóstico de depressão maior foi utilizada a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (MINI Plus)<sup>28</sup>. O MINI Plus é a entrevista melhor adaptada ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representa uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos<sup>29</sup>. O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivos. Para permitir a redução da duração da entrevista são utilizadas as seguintes estratégias:

- a prioridade é a exploração dos transtornos atuais, de forma a guiar o clínico na escolha da terapêutica mais adaptada;
- a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO);
- para todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas;
- a disfunção induzida pelos transtornos e a exclusão de causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas;
- os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.

Neste estudo, todos os módulos que exploram transtornos de eixo I do DSM-IV foram utilizados para aplicação dos algoritmos de diagnóstico diferencial. Além disso, o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*<sup>30</sup> foi utilizado a fim de excluir os indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. O ASSIST é um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e 16 como sugestiva de dependência.

## 6.4 Procedimentos e Instrumentos

### 6.4.1 Desfecho primário

O abandono em psicoterapia. O abandono foi definido como interrupção (unilateral) do tratamento, após a avaliação e antes de completar o protocolo de tratamento. O processo de avaliação ocorreu nos 4 primeiros encontros.

### 6.4.2 Desfecho secundário

Qualidade da aliança terapêutica, foi avaliada pelo instrumento *Helping Alliance Questionnaire (HAq II)*, versão do paciente e do terapeuta, elaborado por Luborsky et al<sup>31</sup>, que consiste em um questionário auto-respondido que contém 19 itens que avaliam, em uma escala tipo Likert (1 a 6), dimensões essenciais do relacionamento paciente-terapeuta, tais como sentimentos de compreensão, confiança, interesse, objetivos comuns e desejo de progresso. Esta escala tem uma boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste e boa convergência na validade com outros instrumentos de avaliação de aliança terapêutica (CALPAS, correlação 0.59-0.69 versão do terapeuta e 0.75-0.79 versão do paciente)<sup>31</sup>. O ponto de corte da escala é calculado pela média e desvio padrão para cada uma das questões e para o escore total. É considerada uma aliança fraca quando o resultado é menor que o valor obtido pela equação: média menos o desvio padrão (X-DP) e forte quando maior ou igual à média menos o desvio padrão (X-DP). Nas questões 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, são considerados os escores diretos, enquanto que as de número 4, 8, 11, 16, 19 possuem escores invertidos em suas respostas, ou seja, quando maior os escores no primeiro grupo e menores do segundo grupo, melhor a Aliança Terapêutica. No entanto para a análise, o segundo grupo tem seus escores invertidos, de tal forma que para todas as questões fica padronizado que quanto maior o escore, melhor é considerada a qualidade da aliança terapêutica<sup>32</sup>. Em sua revisão sobre as escalas de avaliação de AT, Horvath e Luborsky<sup>33</sup> concluíram que existem dois aspectos centrais nas medidas de aliança da maioria das escalas: (a) ligação afetiva paciente-terapeuta e (b) colaboração ou concordância de investir no processo terapêutico. A HAqII mede sinais do tipo 1: relacionados à experiência do paciente sobre o terapeuta prover a ajuda necessária e sinais do tipo 2: relacionados à experiência do paciente sobre o processo de “trabalhar junto” com o terapeuta durante o processo de tratamento<sup>17</sup>.

As variáveis sócio-demográficas investigadas serão as seguintes: sexo (dicotômica), idade (numérica), etnia (categórica), escolaridade (numérica), estado civil (categórico) e renda familiar (numérica).

#### **6.4.3 Logística da coleta de dados**

Nas avaliações por escalas, foram utilizados tablet PCs para a coleta dos dados. Os dados permaneceram armazenados nos tablet PCs e, durante todo o processo de coleta, foram realizadas cópias de segurança em Pen Drives, no serviço de armazenamento seguro on-line (Cloud Storage) Google Drive e no Desktop onde será realizada a análise. O aplicativo Open Data Kit Collect 1.1.7 irá interpretar os questionários no formato extensible markup language (XML) e gravar os dados coletados em pacotes XML individuais para cada sujeito que participante. Os questionários eletrônicos permitem que as perguntas sejam apresentadas de forma clara, bastante similar ao formato em papel, diminuindo com isso a possibilidade de erros no momento do preenchimento, e exigem que o entrevistador preencha todas as questões pertinentes, evitando a perda de dados por descuido. Todas as sessões foram gravadas e degravadas para possibilitar o estudo da aderência ao modelo terapêutico proposto e a aplicação do método Core Conflictual Relationship Theme (CCRT - foi o método utilizado para definir o tema da psicoterapia com cada paciente)<sup>41,42</sup>.

A HAq II (versão do paciente e terapeuta) é aplicada na segunda, quinta, nona décima terceira e décima quinta sessões após a avaliação.

#### **6.5 Análise dos dados**

Para a análise estatística será utilizado o programa STATA IC/13. Inicialmente, o objetivo será identificar a prevalência do desfecho abandono entre os participantes, além de caracterizar a amostra do estudo. Após, será realizada uma avaliação das variáveis sócio-demográficas e a aliança terapêutica, das variáveis sócio-demográficas e o abandono e da aliança terapêutica entre forte e fraca pelo teste qui-quadrado. Será realizada análise post-hoc para todas as variáveis com três ou mais categorias. Por fim, serão avaliados os resultados entre a qualidade da AT e sua associação com abandono pelo teste qui-quadrado. Caso exista necessidade de análise multivariada, será utilizada regressão logística ou de Poisson, de acordo com a frequência do abandono.

#### **6.6 Aspectos éticos**



Submissão ao Comitê de Ética																
Qualificação do projeto								X								
Coleta de dados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Processamento dos dados												X	X			
Análise estatística												X	X			
Redação de artigo científico													X	X	X	X

## 6.8 Orçamento

CUSTEIO	Valor (R\$)
<b><i>Avaliações (baseline, pós-intervenção e follow-up)</i></b>	
Vales transporte (6 vales por paciente * 120 pacientes = 720 vales). Primeiro Mês, quinto mês e décimo primeiro mês.	2,75 * 720 = 1.980,00
<b><i>Intervenções</i></b>	
Vales transporte (30 vales por paciente * 120 pacientes = 3600 vales). Segundo mês.	2,75 * 3600 = 9.900,00
<b>Análise bioquímica –</b>	
Décimo segundo mês.	
Human TNF-alpha DuoSet (1 KT) - cód cat. DY210	3963,00
Human IL-6 DuoSet (1 KT) - cód cat. DY206	3963,00
Human BDNF DuoSet (1 KT) - cód cat. DY248	3963,00
<b>DESPESAS DE CAPITAL – Primeiro mês</b>	
01 Notebook para armazenamento e análise dos dados	2000,00
Software QSR Nvivo Educational na versão 10 (2 licenças)	
Material Bibliográfico	2500,00
	1500,00
<b>Total</b>	<b>29769,00</b>

**Tipo de financiamento:** Cnpq

## 7. REFERÊNCIAS

- 1) Swift JK, Greenberg RG. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2012;80:547-59.

- 2) Arnow B, Blasey C, Manber R, Constantino M, Markowitz J, Klein D, et al. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Dis.* 2007;97:197-202.
- 3) Westmacott R, Hunsley J, Reasons for terminating psychotherapy, a general population study, *Journal Of clinical psychology*, vol.66(9), 965-977, 2010
- 4) Bados A, Balaguer G, Saldana C. The efficacy of cognitive-behavior therapy and the problem of drop-out. *J Clin Psychol.* 2007;63(6):585-92.
- 5) Roe D, Dekel R, Harel G, Fennig S. Clients' reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. *Psychol Psychother.* 2006;79:529-38.
- 6) Jung SI, Fillippon APM, Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL, Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychotherapy, *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 2013;35(1) – 181-190.
- 7) Lewkowicz, A. B.,(1984) Uma contribuição ao estudo do abandono em psicoterapia. *Revista de Psiquiatria do RS*, v. 6 (3): 198-206, set/dez, 1984.
- 8) Seeman, M.V.,(1974) Patients Who Abandon Psychotherapy Why and When. *Arch Gen Psychiatry.* 1974; 30(4):486-491
- 9) Urriaga ME, Almeida GD, Vianna MED, Santos MVDS, Botelho S. Fatores preditivos de abandono em psicoterapias: um estudo na clínica Sérgio Abuchaim. *J Bras Psiquiatr.* 1997;46(5):279-83.
- 10) Hauck S., Kruehl L., Sordi A., Sbardellotto G., Cervieri A., Moschetti L., Schestatsky S., Ceitlin L.H.F., Fatores Associados a Abandono Precoce em Psicoterapia de Orientação Analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 29, nº 3, set/dez 2007, p. 265-273
- 11) Todd DM, Deane FP, Bragdon RA. Client and therapist reasons for termination: a conceptualization and preliminary validation. *J Clin Psychol.* 2003;59:133-47.
- 12) Levinson P., McMurray L., Poddell P., Wiener H. (1978) Causes for Premature Interruption of Psychotherapy by Private Practice Patients. *Am J Psychiatry* 1978; 135:826-830.
- 13) Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 1991;38:139-49.
- 14) Krupnick JL, Sotsky S, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis P. The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy

- outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532-9.
- 15) Baldwin SA<sup>1</sup>, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Dec;75(6):842-52.
  - 16) Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(6):1027-32.
  - 17) Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):438-50
  - 18) Sharf JK, Primavera LH, Diener MJ, Dropout and therapeutic Alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2010, Vol. 47, No. 4, 637–645
  - 19) Johansson H., Ekulnd M, Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care the influence of patient factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, Issue: Dec 24.
  - 20) Mohl P., Martinez D., Ticnor C., Huang M., Cordell L., (1991) Early Dropouts From Psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*, 179(8): 478-82, 1991
  - 21) Cailhol L<sup>1</sup>, Rodgers R, Burnand Y, Brunet A, Damsa C, Andreoli A. Therapeutic alliance in short-term supportive and psychodynamic psychotherapies: a necessary but not sufficient condition for outcome? *Psychiatry Res*. 2009 Dec 30;170(2-3):229-33.
  - 22) Diener MJ, Monroe JM.; The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review; *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Sep;48(3):237-48.
  - 23) Iacoviello BM, McCarthy KS, Barrett MS, Gallop MRR, Barber JP. Treatment Preferences Affect the Therapeutic Alliance: Implications for Randomized Controlled Trials, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007, Vol. 75, No. 1, 194–198
  - 24) Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D.; Alliance in individual psychotherapy; *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):9-16.

- 25) Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE.; Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis; *Clin Psychol Rev.* 2012 Nov;32(7):642-9.
- 26) Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment.* Editora: Perseus Books, 2000.
- 27) Beck AT, Rush, AJ, Shaw, BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão.* Editora: Artes Médicas, 1997.
- 28) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20):22-33.
- 29) Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3):106-15.
- 30) Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2):199-206.
- 31) Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, Daley D. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties. *J Psychother Pract Res.* 1996 Summer;5(3):260-71.
- 32) Gomes F G, A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório, dissertação de mestrado programa de pós-graduação em ciências médicas: psiquiatria da universidade federal do rio grande do sul, 2003.
- 33) Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1993 Aug;61(4):561-73.
- 34) Bachelor A. Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clin Psychol Psychother.* 2013 Mar-Apr;20(2):118-35. doi: 10.1002/cpp.792. Epub 2011 Nov 14.
- 35) Bachelor A, Salame´ R, Participants' Perceptions of Dimensions of the Therapeutic Alliance Over the Course of Therapy, *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2000; 9:39–53.

- 36)** Gastaud MB, Nunes MLT, Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica em busca de definição, *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):247-254
- 37)** Jung SI, Fillippon APM, Nunes MLT, Eizirik CL. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Rev Psiquiatr RS*. 2006;28(3):298-312.
- 38)** Lhullier A, Nunes ML, Horta B. Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: Silvares E, organizador. *Atendimento psicológico em clínicas escola*. Campinas: Alínea; 2006. p. 229-56.
- 39)** Marcolino JAM, Iacoponi E, The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(2):78-86
- 40)** Nissen-Lie HA<sup>1</sup>, Havik OE, Høglend PA, Rønnestad MH, Monsen JT. Patient and Therapist Perspectives on Alliance Development: Therapists' Practice Experiences as Predictors. *Clin Psychol Psychother*. 2014 Feb 26.
- 41)** Luborsky, L. & Mark, D. (1991). Short-term supportive-expressive psychoanalytic psychotherapy. Em P. Crits-Christoph, & J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 110-134). New York: Basic Books.
- 42)** Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: the CCRT method*, 2<sup>a</sup> ed. New York: Basic Books.

**ARTIGO**

# THE IMPACT OF THERAPEUTIC ALLIANCE ON TREATMENT DROPOUT IN PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH DEPRESSION

## O IMPACTO DA ALIANÇA TERAPEUTICA NO ABANDONO EM PSICOTERAPIA DE PACIENTES DEPRIMIDOS

Pedro Rheingantz Abuchaim\*<sup>1</sup>, Janaína Vieira dos Santos Motta\*<sup>2</sup>, Mariane Lopez Molina\*<sup>3</sup>, Pedro San Martin Soares\*<sup>4</sup>, Liliane Ores\*<sup>5</sup>, Ricardo Azevedo da Silva\*<sup>6</sup>.

### Abstract

**Introduction:** Treatment dropout in psychotherapy is of extreme importance in daily medical practice; it occurs in about 20% of clinical cases, i.e., one in five patients initiating psychotherapy treatment will abandon it. Thus, it is important that the factors behind treatment dropout could be objectively assessed in an attempt to avoid it altogether, considering the damage it causes to patients, therapists and to the health system. Several studies have demonstrated the importance of Therapeutic Alliance in the outcomes of psychotherapy, but no studies that evaluate directly the relationship between therapeutic alliance with treatment dropout in patients with depression were found.

**Objectives:** This study aims to evaluate the association between the strength of the Therapeutic Alliance and the rate of discontinuation of brief psychotherapy in depression-diagnosed adults who received guidance clinic treatment in the city of Pelotas.

---

<sup>1</sup> Psychiatrist and psychotherapist.

<sup>2</sup> Nutritionist. Phd, Graduate Program in Epidemiology.

<sup>3</sup> Psychologist and psychotherapist. Phd, Graduate Program in Psychology.

<sup>4</sup> Psychologist

<sup>5</sup> Psychologist and psychotherapist. Phd, Graduate Program in Psychology.

<sup>6</sup> Psychologist and psychotherapist. Phd, Graduate Program in Psychology.

\* Translational Science on Brain Disorders. Post graduate program in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil.

**Methodology:** it is a quasi-experimental study nested in a randomized clinical trial, participants will be divided into two groups and given two psychotherapeutic interventions; Cognitive Behavioral Psychotherapy and Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy for limited time. The quality of the Therapeutic Alliance will be evaluated at various times of treatment by Helping Alliance Questionnaire II (Version patient and therapist). Treatment dropout was defined as the (unilateral) interruption of treatment after evaluation and before completing treatment protocol. The evaluation process took place in the first four meetings.

**Results:** among the 158 patients included in the study, the prevalence of dropout was 26%. Dropout prevalence was different between diverse ethnic groups, being twice as high among non-whites ( $p = 0.05$ ). Therapeutic Alliance analyzed by the therapist was exactly the same in relation to all of the exposure variables. Strong Therapeutic Alliance, both patient's and therapist's, was prevalent. The correlation between patient's and therapist's Therapeutic Alliance was weak, that is, despite prevalence is similar there is no conformity between these two measures. Therapist's perception on Therapeutic Alliance, when perceived as weak, was a better predictor with a 30% higher risk of abandonment (without statistical importance).

**Conclusions:** the therapist's perception on Therapeutic Alliance is paramount to risk-reduction of patient dropout during therapy. Socio-demographic characteristics likely related to treatment dropout are age (young patients), income (lower income and poorer people) and ethnic (minorities or non-white).

**Keywords:** psychotherapy, dropout, work alliance, therapeutic alliance, depression.

## Resumo

**Introdução:** o abandono em psicoterapia é um desfecho de importância na clínica diária, pois sua prevalência fica em torno de 20%, ou seja, um em cada cinco pacientes que iniciarem tratamento em psicoterapia abandoná-lo-ão. Assim, é de grande importância avaliar de forma objetiva os fatores associados ao abandono na tentativa de evitá-lo, tendo em vista o prejuízo causado por essa interrupção tanto para paciente, terapeuta e serviço de saúde. Diversos estudos têm demonstrado a importância da Aliança Terapêutica nos resultados da psicoterapia, porém não foram encontrados estudos que avaliem diretamente a relação entre a aliança terapêutica com abandono em pacientes com depressão.

**Objetivo:** avaliar a associação entre a força da Aliança Terapêutica e a taxa de interrupção do tratamento em psicoterapia breve, em adultos diagnosticados com depressão atendidos em ambulatório de psicologia na cidade de Pelotas.

**Método:** trata-se de um estudo tipo quase-experimental aninhado a um ensaio clínico randomizado, os participantes foram alocados em dois grupos e receberam duas intervenções psicoterápicas: Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva de tempo limitado. A qualidade da Aliança Terapêutica foi avaliada em diversos momentos do tratamento através do *Helping Alliance Questionnaire II* (versão do paciente e do terapeuta). O abandono foi definido como interrupção (unilateral) do tratamento, após a avaliação e antes de completar o protocolo de tratamento. O processo de avaliação ocorreu nos quatro primeiros encontros.

**Resultados:** entre os 158 pacientes incluídos no estudo, a prevalência de abandono foi de 26%. As prevalências de abandono foram diferentes entre aqueles de cor da pele branca e não branca, sendo duas vezes maior entre os não brancos ( $p=0,05$ ). A Aliança Terapêutica, classificada pelo terapeuta, não foi diferente em relação a nenhuma das variáveis de exposição. Aliança Terapêutica forte, tanto do paciente como do terapeuta, foi mais prevalente. A concordância entre a Aliança Terapêutica do paciente e do terapeuta foi fraca, ou seja, apesar das prevalências serem semelhantes não há concordância entre as duas medidas. A percepção da Aliança Terapêutica do terapeuta

quando percebida como fraca foi um melhor preditor, havendo um risco de abandono 30% maior (sem poder estatístico).

**Conclusões:** a percepção da Aliança Terapêutica pelo terapeuta é importante para redução no risco de abandono durante o processo de tratamento. Características sócio-demográficas provavelmente relacionadas ao abandono são pacientes jovens, de classes sociais mais baixas e pertencentes a minorias étnicas.

**Descritores:** psicoterapia, abandono, interrupção, aliança terapêutica, aliança de trabalho, depressão.

## **INTRODUÇÃO:**

O abandono em psicoterapia é uma questão recorrente no trabalho do terapeuta em sua clínica diária. O tema do término de tratamento é muito estudado, mas a interrupção na maior parte dos textos é apenas citada e pouco se tem aprofundado nas questões básicas deste assunto como os fatores envolvidos no abandono (tanto do paciente, como do terapeuta). Alguns fatores objetivos como: idade<sup>1,2</sup>, etnia<sup>2</sup>, classe social<sup>2,3</sup>, nível educacional<sup>1</sup>, melhora<sup>3,4,5,6,7,8</sup>, diagnóstico<sup>1,2,3,7,9,10</sup>, motivação<sup>4,9,10</sup>, causas externas<sup>3,4,11</sup>, necessidade de independência em relação à psicoterapia<sup>3,5,8</sup>, envolvimento em nova relação significativa<sup>3</sup> e empatia<sup>12</sup> e experiência do terapeuta<sup>1</sup>, são relatados em estudos científicos como preditores positivos ou negativos relacionados com o maior risco de abandono durante o tratamento.

Entre os fatores comuns as psicoterapias, a literatura atual aponta a aliança terapêutica como um dos aspectos mais relevantes para uma boa evolução e desfecho de um tratamento<sup>13,14,15,16,17</sup>, bem como, redução do risco de abandono<sup>6,9,10,18,19,20</sup>. A aliança terapêutica (AT) pode ser entendida como um processo que se estabelece entre paciente e terapeuta, contendo aspectos conscientes e inconscientes, que está baseado em experiências prévias, onde foi possível o estabelecimento de uma relação interpessoal, sendo dessa forma, um vínculo real com o terapeuta indispensável para realização do trabalho psicoterápico. Existem variações nas definições de AT entre os diversos investigadores, mas aparentemente é consenso que a idéia central da AT captura o elemento colaborativo entre paciente e terapeuta e leva em consideração a capacidade de ambos (paciente e terapeuta) em negociar um contrato apropriado para amplitude e profundidade da terapia<sup>13</sup>.

Diversos estudos têm demonstrado a relação positiva entre AT e o desfecho em psicoterapia<sup>9,10,13,14,15,16,17,20,21</sup>, assim como, sua participação como fator preditor de desfecho<sup>16</sup>, porém não foram encontrados estudos que avaliem diretamente a relação entre a aliança terapêutica com abandono em pacientes diagnosticados com depressão.

Em relação à participação do paciente e do terapeuta na construção da AT os estudos mostram resultados controversos, alguns apontando para uma maior participação do paciente<sup>19,22,23</sup> e outros para uma maior participação do terapeuta<sup>14,24,25</sup>. Um estudo demonstrou que a escolha do paciente pela forma de intervenção realizada tem influência direta na qualidade da AT e no desfecho<sup>23</sup>.

A última meta-análise (MA) sobre o tema de abandono em pacientes com depressão que realizaram tratamento psicoterápico, demonstrou uma taxa de interrupção em torno de 17,5%<sup>41</sup>, ou seja, um em cada cinco pacientes que iniciou tratamento interrompeu. Assim, é de grande importância que se possa avaliar de forma objetiva os fatores associados ao abandono na tentativa de evitá-lo, tendo em vista, o prejuízo causado por essa interrupção para o paciente, terapeuta e serviço de saúde.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a força da AT e a taxa de interrupção do tratamento em psicoterapia breve, em adultos diagnosticados com depressão atendidos em ambulatório de psicologia na cidade de Pelotas.

## **Método**

Trata-se de um estudo tipo quase-experimental aninhado a um ensaio clínico randomizado. A amostra foi selecionada a partir de adultos que buscaram por tratamento psicoterapêutico no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel, além disso, o ensaio clínico foi divulgado nos serviços de saúde do município, como: CAPS, UBS, ambulatórios e hospitais, a fim de captar um número maior de participantes.

Neste estudo foram utilizados como critérios de inclusão: ter entre 18 e 60 anos de idade; ser diagnosticado com depressão maior pela equipe do estudo; aceitar a coleta de material biológico proposta pelo estudo. Foram excluídos pacientes que: estavam em tratamento psicoterapêutico ou farmacológico em outro local; apresentavam risco de suicídio; faziam uso abusivo de alguma substância psicoativa; receberam o diagnóstico de depressão secundário a outra patologia.

Para o diagnóstico de depressão maior foi utilizada a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (MINI Plus)<sup>28</sup>. O MINI Plus é a entrevista melhor adaptada ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representa uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos<sup>29</sup>, todos os módulos que exploram transtornos de eixo I do DSM-IV foram utilizados para aplicação dos algoritmos de diagnóstico diferencial. Além disso, o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*<sup>30</sup> foi utilizado a fim de excluir os indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

Os indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade foram randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitiva Comportamental<sup>27</sup> e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva de tempo limitado<sup>26</sup>. A randomização se deu por aleatorização simples, para tal 60 etiquetas de cada modelo de psicoterapia foram colocadas em um envelope pardo e para cada paciente incluído foi sorteado uma etiqueta. Além disso, a equipe responsável pela avaliação do *baseline* e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado. Os pacientes elegíveis receberam psicoterapia individual de 14 a 16 sessões, uma vez por semana, com cinquenta minutos de duração, em um dos modelos de intervenção citados. A psicoterapia foi realizada no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental por psicólogos, alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel, alunos do curso de psicologia no estágio em psicologia clínica e foram supervisionados por pesquisadores com formação nos modelos propostos. As variáveis sócio-demográficas investigadas foram as seguintes: sexo, cor da pele, idade, escolaridade e classe social. O abandono foi definido como interrupção (unilateral) do tratamento, após a avaliação e antes de completar o protocolo de tratamento. O processo de avaliação ocorreu nos quatro primeiros encontros. A força da AT, foi avaliada pelo instrumento *Helping Alliance Questionnaire (HAq II)*, versão do paciente e do terapeuta, elaborado por Luborsky et al<sup>31</sup>, que consiste em um questionário auto-respondido que contém 19 itens que avaliam, em uma escala tipo Likert que varia de 1 a 6, dimensões essenciais do relacionamento paciente-terapeuta, tais como sentimentos de compreensão, confiança, interesse, objetivos comuns e desejo de progresso. Esta escala tem uma boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste e boa convergência na validade com outros instrumentos de avaliação de AT (CALPAS, correlação 0.59-0.69 versão do terapeuta e 0.75-0.79 versão do paciente)<sup>31</sup>. O ponto de corte da escala é calculado pela média e

desvio padrão para cada uma das questões e para o escore total. É considerada uma aliança fraca quando o resultado é menor que o valor obtido pela equação: média menos o desvio padrão (X-DP) e forte quando maior ou igual à média menos o desvio padrão (X-DP). Das 19 questões, 14 possuem resposta direta e as outras cinco a relação é indireta, ou seja, quanto menor as respostas melhor a AT. No entanto para a análise, o segundo grupo tem seus escores invertidos, de tal forma que para todas as questões fica padronizado que quanto maior o escore, melhor é considerada a qualidade da AT<sup>32</sup>.

Nas avaliações por escalas, foram utilizados tablet PCs para a coleta dos dados. Os dados permaneceram armazenados nos tablet PCs e, durante todo o processo de coleta, foram realizadas cópias de segurança em Pen Drives, no serviço de armazenamento seguro on-line (Cloud Storage) Google Drive e no Desktop onde foi realizada a análise. O aplicativo Open Data Kit Collect 1.1.7 interpretou os questionários no formato extensible markup language (XML) e gravou os dados coletados em pacotes XML individuais para cada sujeito participante. Os questionários eletrônicos permitem que as perguntas sejam apresentadas de forma clara, bastante similar ao formato em papel, diminuindo com isso a possibilidade de erros no momento do preenchimento, e exigem que o entrevistador preencha todas as questões pertinentes, evitando a perda de dados por descuido. Todas as sessões foram gravadas e degravadas para possibilitar o estudo da aderência ao modelo terapêutico proposto e a aplicação do método Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)<sup>42,43</sup>, método utilizado para definir o tema da psicoterapia com cada paciente.

A análise dos dados foi feita no programa Stata, versão 12.0 (StataCorp., CollegeStation, Estados Unidos), sendo que as proporções foram utilizadas na análise descritiva. As prevalências de abandono e AT, de acordo com as categorias das variáveis independentes foram avaliadas através do teste do qui-quadrado (heterogeneidade) e o nível de significância utilizado foi de 5% para todos os testes bicaudais.

As pessoas que apresentarem risco de suicídio ou uso abusivo de substâncias psicoativas na avaliação inicial ou no decorrer do processo terapêutico foram encaminhadas para o Ambulatório de Psiquiatria da Universidade. Além disso, na avaliação realizada após a intervenção, aqueles que permaneceram com sintomas depressivos ou ansiosos foram encaminhados para os serviços de saúde mental do município. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Católica de Pelotas, obtendo aprovação mediante o protocolo de número **02855312.6.0000.5339**.

## **Resultados**

De julho de 2012 a junho de 2015, foram avaliados 968 pacientes, destes, 322 pacientes preencheram os critérios de inclusão, 158 foram estudados, representando 49,1% do total, 54 se recusaram a iniciar o tratamento, 22 não aderiram ao tratamento (abandonaram antes de completar as sessões de avaliação), 88 foram excluídos (por risco de suicídio ou necessidade de uso de antidepressivos), 41 foram considerados abandono e 117 concluíram o tratamento.

Na Tabela 1, observa-se a distribuição da amostra em relação às variáveis sócio-demográficas. Há um predomínio de pacientes do sexo feminino, cor da pele branca, menores de 30 anos, mais de 11 anos de escolaridade e pertencentes as classes sociais C,D e E de acordo com os critérios da ABEP. Em relação as variáveis de desfecho, apenas um de cada quatro pacientes abandonaram o tratamento, e a AT forte, tanto do paciente como do terapeuta, foi mais prevalente. Para testar a concordância entre a AT do paciente e do terapeuta foi aplicado o Índice Kappa e o resultado foi 0,17, uma concordância fraca, ou seja, apesar das prevalências serem semelhantes não há concordância entre as duas medidas. As médias da Haqll, estão apresentadas na Tabela 2, foram comparadas por sessão a média da soma dos pacientes e a média da soma do terapeuta. Houve diferença estatística em todas as sessões, mas chama atenção que até a nona sessão a média dos terapeutas era maior e nas próximas duas sessões avaliadas a média do terapeuta foi menor ( $p < 0.0001$ ). Em relação aos pacientes a AT aumenta a partir da quinta sessão e se mantém estável até o término ( $p < 0.0001$ ).

As prevalências de abandono foram diferentes entre aqueles de cor da pele branca e não branca, sendo duas vezes maior entre os não brancos ( $p = 0.05$ ), como pode ser observado na Tabela 3. A AT foi classificada como forte pelos pacientes do sexo feminino ( $p = 0.005$ ) e de cor da pele não branca. A AT, classificada pelo terapeuta, não foi diferente em relação a nenhuma das variáveis de exposição. A Figura 1 apresenta as prevalências de abandono em relação a aliança terapêutica, do paciente e do terapeuta, não houve diferença estatisticamente significativa para nenhuma das duas análises, mas pode ser observado que a prevalência de abandono variou mais em relação a aliança terapêutica do terapeuta.

## Discussão

O presente estudo encontrou prevalência de abandono (26%) superior à última MA sobre o tema<sup>41</sup>, a amostra se caracterizou por jovens, brancos, com baixa renda, com 11 ou mais anos de estudo.

As principais limitações do estudo, estão relacionadas as características do ensaio clínico, como: intervenções manualizadas; duração fixa; critérios específicos de elegibilidade; condutas com o potencial de afetar as taxas de abandono em relação ao tratamento clínico padrão<sup>41</sup>. Ressalte-se que os pacientes foram randomizados ao invés de escolherem a forma de tratamento, como é comum na prática clínica, é sabido que, entre alguns pacientes, se existe uma insatisfação com o tipo de tratamento ofertado, isso pode influenciar na taxa de abandono<sup>2, 24</sup>. Embora estudo tenha incluído pacientes com transtorno de personalidade, análise deste trabalho não incluiu esta variável, pacientes com depressão e sem transtorno de personalidade tem duas vezes mais chances de responder ao tratamento<sup>41</sup>. Além disso, o presente estudo não avaliou os transtornos de ansiedade co-mórbidos como fatores mediadores do abandono, alguns estudos associam o diagnóstico de transtorno de ansiedade ao maior risco de abandono<sup>2, 3</sup>.

Em relação à taxa de abandono encontrada, a última MA sobre interrupção em psicoterapia<sup>1</sup> descreveu que a população jovem apresenta um risco maior de abandono, fato descrito também em um estudo sobre interrupção de tratamento de pacientes com depressão<sup>2</sup>. O estudo confirmou o risco mais elevado de abandono entre não brancos<sup>2, 41</sup>, as minorias raciais podem não ter representatividade ensaios clínicos randomizados<sup>41</sup>. Pacientes de minorias raciais podem também ser de classes sociais mais baixa<sup>41</sup>, o que é por si só um fator de risco para o abandono<sup>2, 3, 41</sup>. Diversos estudos relacionam a baixa renda ao risco maior de abandono<sup>2, 3, 41</sup>, pacientes de classes sociais mais baixa podem abandonar por barreiras adicionais como: dificuldade de transporte, cuidado de crianças, cronograma de trabalho etc<sup>4, 41</sup>. Um estudo mostrou que dos pacientes que abandonaram e deram um motivo para o abandono 40% o fizeram por dificuldades externas e 13% porque se sentiram melhor<sup>4</sup>.

Houve uma concordância fraca entre a percepção da AT entre paciente e terapeuta, o que pode ser observado no coeficiente de Kappa (0,17), esse fato pode contribuir com a maior taxa de abandono do nosso estudo, quando comparado a literatura sobre o tema. A última MA sobre abandono em psicoterapia concluiu que pacientes que completaram o ensino médio ou mais, tiveram fraca associação entre AT

e abandono<sup>18</sup>. A percepção da AT do terapeuta quando percebida como fraca foi um melhor preditor, havendo um risco de abandono 30% maior (sem poder estatístico) Figura 1. Existe controvérsia na literatura sobre qual a percepção da AT é mais relevante para a interrupção do tratamento, a última MA sobre o tema AT em psicoterapia individual<sup>24</sup> descreve que “a AT junto aos efeitos do terapeuta, são um dos preditores mais robustos que a pesquisa empírica é capaz de documentar”, outra MA sugere que a “alguns terapeutas desenvolvem AT mais fortes com seus pacientes (independentemente do diagnóstico) e que seus pacientes tem resultados superiores na conclusão do tratamento”<sup>25</sup>. A diferença da média da AT entre pacientes e terapeutas, medida por sessão, vai de encontro à fraca concordância já citada. Podemos perceber que os terapeutas apresentam uma diminuição na média e os pacientes um aumento, encontramos uma justificativa em uma MA que avaliou a AT e os desfechos: “os pacientes tendem a ver a aliança de forma estável, enquanto os terapeutas indicam uma maior mudança com o passar do tempo, desta forma o paciente está mais propenso a avaliar o AT de forma positiva no término do tratamento se a avaliação inicial foi positiva”<sup>17</sup>. A redução da média da AT entre os terapeutas pode ser explicada por um menor interesse no paciente quando se aproximava o fim do tratamento, além de um natural desligamento afetivo por parte do terapeuta.

Como pontos positivos do nosso estudo, destacamos que apesar do tamanho da amostra não nos prover de poder estatístico, nossa amostra tem um numero expressivo de pacientes, no contexto de pesquisa em psicoterapia. Outros pontos relevantes foram: o de avaliar num mesmo momento dois modelos consagrados de psicoterapias, tendo em vista, que a aliança terapêutica é um fator comum as psicoterapias; avaliar, no mesmo momento, a força da AT do paciente e do terapeuta, fazendo esta avaliação em diferentes sessões do tratamento, fato que não é comum em estudos que se avalia AT; qualidade do nosso processo de avaliação dos pacientes; excluir pacientes que utilizaram medicamentos antidepressivos, que podem interferir na taxa de abandono.

Sendo assim, a percepção da AT pelo terapeuta é importante para redução no risco de abandono durante o processo de tratamento, cabe ao terapeuta ficar atento ao atendimento do pacientes jovens, de classes sociais mais baixas e pertencentes a minorias étnicas, sendo estas características sócio-demográficas relacionadas ao abandono. O terapeuta atento a essas características terá maior capacidade de intervir no processo de tratamento antes que o abandono aconteça.

Além disso, entendemos que para estudos futuros devam-se: realizar pesquisas com maior tamanho amostral, suficiente para atingir poder estatístico; que se busque um consenso entre os pesquisadores sobre a definição de abandono, para que os resultados dos estudos possam ser comparados; buscar ativamente o motivo que levou a interrupção do tratamento; avaliar as características do terapeuta que possam contribuir com a melhor qualidade da AT, como fator de melhor desfecho no tratamento de pacientes deprimidos em psicoterapia; incorporar aos estudos a avaliação de transtornos de personalidade, pois essas co-morbidades podem ser um fator moderador tanto da força da AT como do abandono.

### Referências

1. Swift JK, Greenberg RG. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80:547-59.
2. Arnow B, Blasey C, Manber R, Constantino M, Markowitz J, Klein D, et al. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Dis.* 2007;97:197-202.
3. Westmacott R, Hunsley J, Reasons for terminating psychotherapy, a general population study, *Journal Of clinical psychology*, vol.66(9), 965-977, 2010
4. Bados A, Balaguer G, Saldana C. The efficacy of cognitive-behavior therapy and the problem of drop-out. *J Clin Psychol.* 2007;63(6):585-92.
5. Roe D, Dekel R, Harel G, Fennig S. Clients' reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. *Psychol Psychother.* 2006;79:529-38.
6. Jung SI, Fillippon APM, Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL, Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychotherapy, *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 2013;35(1) – 181-190.
7. Lewkowicz, A. B.,(1984) Uma contribuição ao estudo do abandono em psicoterapia. *Revista de Psiquiatria do RS*, v. 6 (3): 198-206, set/dez, 1984.
8. Seeman, M.V.,(1974) Patients Who Abandon Psychotherapy Why and When. *Arch Gen Psychiatry.* 1974; 30(4):486-491
9. Urtiaga ME, Almeida GD, Vianna MED, Santos MVDS, Botelho S.Fatores preditivos de abandono em psicoterapias: um estudo na clínica Sérgio Abuchaim. *J Bras Psiquiatr.* 1997;46(5):279-83.

10. Hauck S., Kruehl L., Sordi A., Sbardellotto G., Cervieri A., Moschetti L., Schestatsky S., Ceitlin L.H.F., Fatores Associados a Abandono Precoce em Psicoterapia de Orientação Analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 29, nº 3, set/dez 2007, p. 265-273
11. Todd DM, Deane FP, Bragdon RA. Client and therapist reasons for termination: a conceptualization and preliminary validation. *J Clin Psychol*. 2003;59:133-47.
12. Levinson P., McMurray L., Poddell P., Wiener H. (1978) Causes for Premature Interruption of Psychotherapy by Private Practice Patients. *Am J Psychiatry* 1978; 135:826-830.
13. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 1991;38:139-49.
14. Krupnick JL, Sotsky S, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis P. The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532-9.
15. Baldwin SA<sup>1</sup>, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Dec;75(6):842-52.
16. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(6):1027-32.
17. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):438-50
18. Sharf JK, Primavera LH, Diener MJ, Dropout and therapeutic Alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2010, Vol. 47, No. 4, 637-645
19. Johansson H., Ekulnd M, Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care the influence of patient factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, Issue: Dec 24.
20. Mohl P., Martinez D., Ticnor C., Huang M., Cordell L., (1991) Early Dropouts From Psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*, 179(8): 478-82, 1991
21. Cailhol L<sup>1</sup>, Rodgers R, Burnand Y, Brunet A, Damsa C, Andreoli A. Therapeutic alliance in short-term supportive and psychodynamic psychotherapies: a necessary

- but not sufficient condition for outcome? *Psychiatry Res.* 2009 Dec 30;170(2-3):229-33.
22. Diener MJ, Monroe JM.; The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review; *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Sep;48(3):237-48.
  23. Iacoviello BM, McCarthy KS, Barrett MS, Gallop MRR, Barber JP. Treatment Preferences Affect the Therapeutic Alliance: Implications for Randomized Controlled Trials, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007, Vol. 75, No. 1, 194–198
  24. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D.; Alliance in individual psychotherapy; *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):9-16.
  25. Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE.; Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis; *Clin Psychol Rev.* 2012 Nov;32(7):642-9.
  26. Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Editora: Perseus Books, 2000.
  27. Beck AT, Rush, AJ, Shaw, BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Editora: Artes Médicas, 1997.
  28. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20):22-33.
  29. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3):106-15.
  30. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2):199-206.
  31. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, Daley D. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II) : Psychometric Properties. *J Psychother Pract Res.* 1996 Summer;5(3):260-71.
  32. Gomes F G, A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo

exploratório, dissertação de mestrado programa de pós-graduação em ciências médicas: psiquiatria da universidade federal do rio grande do sul, 2003.

33. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Aug;61(4):561-73.
34. Bachelor A. Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clin Psychol Psychother*. 2013 Mar-Apr;20(2):118-35. doi: 10.1002/cpp.792. Epub 2011 Nov 14.
35. Bachelor A, Salame´ R, Participants' Perceptions of Dimensions of the Therapeutic Alliance Over the Course of Therapy, *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2000; 9:39–53.
36. Gastaud MB, Nunes MLT, Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica em busca de definição, *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):247-254
37. Jung SI, Fillippon APM, Nunes MLT, Eizirik CL. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Rev Psiquiatr RS*. 2006;28(3):298-312.
38. Lhullier A, Nunes ML, Horta B. Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: Silvares E, organizador. *Atendimento psicológico em clínicas escola*. Campinas: Alínea; 2006. p. 229-56.
39. Marcolino JAM, Iacoponi E, The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(2):78-86
40. Nissen-Lie HA<sup>1</sup>, Havik OE, Høglend PA, Rønnestad MH, Monsen JT. Patient and Therapist Perspectives on Alliance Development: Therapists' Practice Experiences as Predictors. *Clin Psychol Psychother*. 2014 Feb 26.
41. Cooper AA, Conklin LR, Dropout from Individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev*. 2015 Aug; 40:57-65.
42. Luborsky, L. & Mark, D. (1991). Short-term supportive-expressive psychoanalytic psychotherapy. Em P. Crits-Christoph, & J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 110-134). New York: Basic Books
43. Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: the CCRT method*, 2ª ed. New York: Basic Books

**Correspondence:**

Ricardo Azevedo da Silva  
Rua Gonçalves Chaves, 373, sala 425C.  
Centro, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil  
CEP 96.015-560  
(53) 21288404  
ricardo.as@uol.com.br

**Tabela 1 – Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas, abandono e aliança terapêutica, em uma amostra de adultos com TDM, Pelotas, RS, 2012-15.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo		
Masculino	32	20,2
Feminino	126	79,8

Cor da Pele

Branco	128	81,0
Não Branco	30	19,0
Idade (anos)		
< 30	57	36,7
30 – 39	47	29,9
40 – 49	26	16,6
≥ 50	28	17,8
Escolaridade (anos)		
0-7	22	13,9
8-10	24	15,2
≥ 11	112	70,9
Classe Social (ABEP)*		
A/B	74	47,1
C/D/E	83	52,9
Abandono paciente		
Não	117	74,0
Sim	41	26,0
Aliança terapêutica (paciente)		
Fraca	33	20,9
Forte	125	79,1
Aliança terapêutica (terapeuta)		
Fraca	24	15,2
Forte	134	84,8
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

\* A variável Classe Social teve perda de uma observação (N=157)

**Tabela 2 – Comparação das médias das somas de Aliança Terapêutica do Paciente e Terapeuta, em uma amostra de adultos com TDM, Pelotas, RS, 2012-15.**

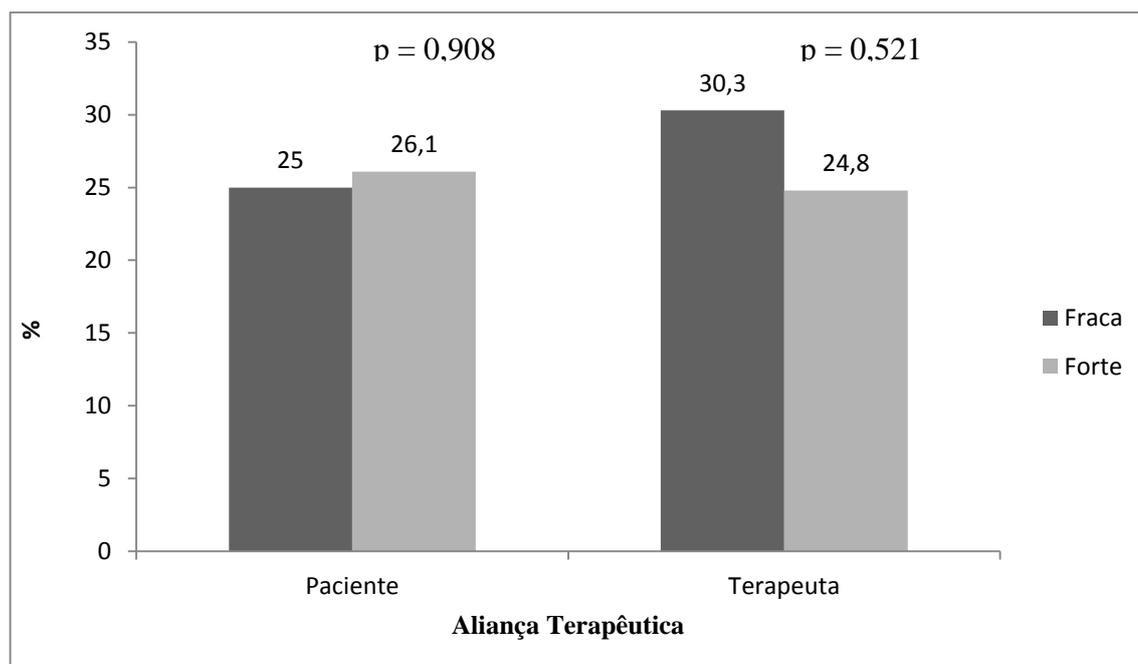
	<b>Soma HaqII* Paciente</b>	<b>Soma HaqII Terapeuta</b>	<b>Valor-p</b>
	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	
Sessão 2	80,5 (5,6)	88,2 (9,0)	<0,0001
Sessão 5	83,2 (4,7)	91,2 (10,2)	<0,0001
Sessão 9	84,1 (4,9)	92,8 (9,6)	<0,0001
Sessão 13	84,2 (4,6)	81,6 (4,6)	0,0001
Sessão 15	84,3 (5,1)	82,1 (5,0)	0,0029

\* HaqII = Helping Alliance Questionnaire II

**Tabela 3 – Prevalências de abandono, Aliança Terapêutica do Paciente e do Terapeuta de acordo com as variáveis sócio-demográficas, em uma amostra de adultos com TDM, Pelotas, RS, 2012-15.**

Variáveis	Abandono %	Valor – p	Aliança Terapêutica Paciente %	Valor-p	Aliança Terapêutica Terapeuta %	Valor-p
Sexo		0,136		0,005		0,739
Masculino	15,6		68,8		81,3	
Feminino	28,6		88,9		78,6	
Cor da Pele		0,05		0,044		0,714
Branco	22,7		82,0		79,7	
Não Branco	40,0		96,7		76,7	
Idade (anos)		0,893		0,821		0,861
< 30	28,2		86,0		81,5	
30 – 39	27,7		80,9		78,2	
40 – 49	23,1		88,5		76,9	
≥ 50	21,4		85,7		75,0	
Escolaridade (anos)		0,162		0,261		0,549
0-7	22,7		95,5		81,8	
8-10	41,7		87,5		70,8	
≥ 11	23,2		82,1		80,4	
Classe Social*		0,226		0,704		0,704
A e B	21,6		86,5		86,5	
C-E	30,1		84,3		84,3	

\* A variável Classe Social teve perda de uma observação (N=157)



**Figura 1 – Prevalência de abandono de acordo com a percepção da Aliança Terapêutica, em uma amostra de adultos com TDM, Pelotas, RS, 2012-15.**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

Concluimos com essa dissertação que a percepção da AT pelo terapeuta é importante para redução no risco de abandono durante o processo de tratamento, cabe ao terapeuta ficar atento ao atendimento de pacientes jovens, de classes sociais mais baixas e pertencentes a minorias étnicas, sendo estas características sócio-demográficas relacionadas ao abandono. O terapeuta atento a essas características terá maior capacidade de intervir no processo de tratamento antes que o abandono aconteça.

Além disso, entendemos que para estudos futuros devam-se: realizar pesquisas com maior tamanho amostral, suficiente para atingir poder estatístico; que se busque um consenso entre os pesquisadores sobre a definição de abandono, para que os resultados dos estudos possam ser comparados; buscar ativamente o motivo que levou a interrupção do tratamento; avaliar as características do terapeuta que possam contribuir com a melhor qualidade da AT, como fator de melhor desfecho no tratamento de pacientes deprimidos em psicoterapia; incorporar aos estudos a avaliação de transtornos de personalidade, pois essas co-morbidades podem ser um fator moderador tanto da força da AT como do abandono.

## ANEXOS



## A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

## CONTRATO TERAPÊUTICO

Este tratamento conta com 16 sessões semanais as quais terão duração de 50 minutos realizadas na Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas. É importante o esclarecimento de algumas regras, citadas abaixo, para que o tratamento seja desenvolvido da melhor forma possível.

1) **CONFIDENCIALIDADE** – a) Todas as informações fornecidas pelo paciente serão confidenciais. Será mantida em sigilo absoluto a identidade do mesmo, inclusive em caso de supervisões. Além disso, apenas o grupo de pesquisa participa de tais supervisões. Em casos onde seja identificado risco de suicídio ou risco quanto a outras pessoas (agressão, homicídio), o sigilo poderá ser quebrado através do contato com a família ou responsáveis. b) Todas as sessões serão gravadas, com consentimento do paciente. Porém, somente o terapeuta e o grupo de pesquisa terão acesso ao conteúdo das gravações e serão tomados todos os cuidados necessários para preservar o sigilo quanto a identidade do paciente e o que é falado na sessão.

2) **ASSISTÊNCIA** – É importante a presença em todas as sessões. O serviço é gratuito. Caso não seja possível o comparecimento, justificar com antecedência e comparecer a “sessão extra” a ser agendada em outro horário. O paciente que tiver 2 faltas consecutivas ou 3 faltas alternadas ao longo do tratamento será desligado do processo terapêutico.

3) **PONTUALIDADE** – É fundamental para o andamento adequado das sessões.

4) **RESPEITO** – Não existirá nenhum julgamento ou preconceito com relação às opiniões, atitudes e comportamentos, as quais serão acolhidas com total respeito por terapeutas.

5) **PARTICIPAÇÃO** – a) No decorrer do processo terapêutico, terão sessões específicas em que o paciente responderá alguns instrumentos. O paciente será avisado com antecedência pelo terapeuta sobre qual será a sessão em que ocorrerão estes questionamentos, para que o mesmo se organize para ficar mais tempo na Clínica Psicológica. Ou seja, nesses casos o tempo de sessão poderá aumentar para aproximadamente 1h30. O terapeuta não terá acesso aos instrumentos que falem sobre ele, sendo de fundamental importância a sua sinceridade ao respondê-los. b) Haverão sessões específicas em que será solicitado ao paciente que compareça pela manhã para fazer a coleta de sangue. Os riscos dessa coleta são mínimos, como descrito no termo de consentimento. Além disso, todos os cuidados para preservação do sigilo quanto ao material biológico serão tomados. O paciente será avisado com antecedência dessas sessões e será instruído quanto a qualquer solicitação (por exemplo: jejum).

6) **AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS** – Além da avaliação psicológica realizada na primeira sessão e ao longo das 16 sessões, terão duas avaliações que serão realizadas aos seis e doze meses após concluído o tratamento.

7) **AUTONOMIA** – A sua participação neste estudo é voluntária e você pode desistir do tratamento em qualquer momento. Porém, mesmo nesse caso, por se tratar de um estudo de acompanhamento, entraremos em contato para realizarmos as avaliações psicológicas.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui esclarecido(a) sobre o tratamento e os itens do contrato terapêutico acima e aceito participar do estudo de forma voluntária.

Nome completo do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Para maiores informações entrar em contato com Giovanna Silva pelo telefone 81249333.

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento  
Universidade Católica de Pelotas Fone: 21288404 – 91330050

## B- Carta de aprovação no Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

## **PROJETO DE PESQUISA**

### **Área Temática:**

A depressão é um importante foco das políticas públicas de saúde, tendo em vista a elevada prevalência na população geral e os prejuízos à qualidade de vida e capacidade produtiva dos indivíduos. Estudos mostram extensa redução da qualidade de vida, com incapacidades, disfunções e prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares. Este projeto insere-se no esforço que vem sendo realizado para elaborar e investigar estratégias de tratamento psicológico sem ignorar os aspectos fisiopatológicos envolvidos nos transtornos de humor visando a aplicabilidade dos modelos de intervenção no serviço público de saúde.

### **Apresentação do Projeto:**

Investigar a eficácia e efetividade dos modelos de intervenção propostos para a remissão de sintomas depressivos, a regulação das alterações neuroquímicas e do ritmo biológico e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; Verificar a integração genética-resiliência sobre a remissão de sintomas depressivos e a regulação das alterações neuroquímicas. Com isso, o projeto propõe a observação de características sócio-demográficas, psicológicas e genéticas associadas ao abandono terapêutico e ao insucesso das intervenções. Como resultado destas observações, busca-se compreender o impacto de aspectos da personalidade, estilo defensivo e aliança terapêutica na eficácia e efetividade dos modelos de intervenção.

### **Objetivo da Pesquisa:**

O risco refere-se a piora ou recorrência do quadro depressivo. E termos institucionais o benefício consiste nas melhorias do modelo de atenção psicossocial dos portadores de depressão. Em relação a formação profissional da equipe o projeto permitirá a observação mais acurada sobre parâmetros psicológicos e biológicos da depressão que trará subsídios para elencar um conjunto mínimo de habilidades e conhecimentos.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto é de grande relevância científica e social por abordar um importante foco das políticas públicas de saúde, que é a Depressão.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto satisfaz todos os itens necessários na proposta de um projeto de pesquisa.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem recomendações.

### **Recomendações:**

PELOTAS, 02 de Agosto de 2012

VILSON JOSE LEFFA

Assinado por:

O projeto está aprovado.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

### **Situação do Parecer:**

Não

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

De acordo.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo

## **C- Helping Alliance Questionnaire (HAqII)**

## HAq II (VERSÃO DO PACIENTE)

Instruções: Existem maneiras que uma pessoa pode sentir ou se comportar em relação à outra pessoa - seu terapeuta. Considere cuidadosamente sua relação com seu terapeuta e, então, marque cada questão de acordo com a intensidade que concorda ou discorda. *Por favor, marque todas.*

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo fortemente
1) Sinto que posso confiar no(na) meu(minha) terapeuta.	1	2	3	4	5	6
2) Sinto que meu(minha) terapeuta me entende.	1	2	3	4	5	6
3) Sinto que meu(minha) terapeuta quer que eu atinja meus objetivos.	1	2	3	4	5	6
4) Algumas vezes desconfio dos julgamentos do terapeuta.	1	2	3	4	5	6
5) Sinto que eu e meu(minha) terapeuta estamos trabalhando num esforço conjunto.	1	2	3	4	5	6
6) Acredito que temos idéias semelhantes sobre a natureza dos meus problemas.	1	2	3	4	5	6
7) Geralmente respeito às opiniões do meu(minha) terapeuta sobre mim.	1	2	3	4	5	6
8) As técnicas utilizadas na minha terapia, não servem bem às minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6
9) Gosto de meu(minha) terapeuta como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10) Na maioria das sessões, eu e meu(minha) terapeuta encontramos uma maneira de trabalhar juntos os meus problemas.	1	2	3	4	5	6
11) Meu(minha) terapeuta se relaciona comigo de uma maneira que retarda o progresso da terapia.	1	2	3	4	5	6
12) Formou-se uma boa relação com meu(minha) terapeuta.	1	2	3	4	5	6
13) Meu(minha) terapeuta parece ser experiente em ajudar as pessoas.	1	2	3	4	5	6
14) Quero muito resolver meus problemas.	1	2	3	4	5	6
15) Meu(minha) terapeuta e eu fazemos trocas significativas.	1	2	3	4	5	6
16) Meu(minha) terapeuta e eu, às vezes, fazemos trocas insignificantes.	1	2	3	4	5	6
17) De vez em quando falamos sobre os mesmos acontecimentos do meu passado.	1	2	3	4	5	6
18) Acredito que meu(minha) terapeuta gosta de mim como pessoa.	1	2	3	4	5	6
19) Algumas vezes meu(minha) terapeuta me parece distante.	1	2	3	4	5	6

## HAq II (VERSÃO DO PACIENTE)

Instruções: Existem maneiras que uma pessoa pode sentir ou se comportar em relação à outra pessoa - seu terapeuta. Considere cuidadosamente sua relação com seu terapeuta e, então, marque cada questão de acordo com a intensidade que concorda ou discorda. *Por favor, marque todas.*

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo fortemente
1) Sinto que posso confiar no(na) meu(minha) terapeuta.	1	2	3	4	5	6
2) Sinto que meu(minha) terapeuta me entende.	1	2	3	4	5	6
3) Sinto que meu(minha) terapeuta quer que eu atinja meus objetivos.	1	2	3	4	5	6
4) Algumas vezes desconfio dos julgamentos do terapeuta.	1	2	3	4	5	6
5) Sinto que eu e meu(minha) terapeuta estamos trabalhando num esforço conjunto.	1	2	3	4	5	6
6) Acredito que temos idéias semelhantes sobre a natureza dos meus problemas.	1	2	3	4	5	6
7) Geralmente respeito às opiniões do meu(minha) terapeuta sobre mim.	1	2	3	4	5	6
8) As técnicas utilizadas na minha terapia, não servem bem às minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6
9) Gosto de meu(minha) terapeuta como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10) Na maioria das sessões, eu e meu(minha) terapeuta encontramos uma maneira de trabalhar juntos os meus problemas.	1	2	3	4	5	6
11) Meu(minha) terapeuta se relaciona comigo de uma maneira que retarda o progresso da terapia.	1	2	3	4	5	6
12) Formou-se uma boa relação com meu(minha) terapeuta.	1	2	3	4	5	6
13) Meu(minha) terapeuta parece ser experiente em ajudar as pessoas.	1	2	3	4	5	6
14) Quero muito resolver meus problemas.	1	2	3	4	5	6
15) Meu(minha) terapeuta e eu fazemos trocas significativas.	1	2	3	4	5	6
16) Meu(minha) terapeuta e eu, às vezes, fazemos trocas insignificantes.	1	2	3	4	5	6
17) De vez em quando falamos sobre os mesmos acontecimentos do meu passado.	1	2	3	4	5	6
18) Acredito que meu(minha) terapeuta gosta de mim como pessoa.	1	2	3	4	5	6
19) Algumas vezes meu(minha) terapeuta me parece distante.	1	2	3	4	5	6