

## Avaliação de resultados de psicoterapia psicodinâmica breve em contexto institucional

Patricia Dotta

Fernanda Barcellos Serralta

### RESUMO

Esse estudo de casos múltiplos investigou a efetividade da psicoterapia psicodinâmica breve (PPB) e o processo de mudança intra e interpessoal de pacientes atendidos no ambulatório uma empresa. Participaram do estudo 03 funcionários com queixas psicológicas diversas. A coleta dos dados incluiu medidas de autorrelato para a avaliação da mudança da psicoterapia (OQ-45 – Outcome Questionnaire), sintomas psicopatológicos (BSI – Brief Symptom Inventory), mecanismos de defesa (DSQ- 40-Defensive Style Questionnaire) e empatia (EMRI-Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal), aplicadas na 1ª, 6ª e na 12ª sessão (término do tratamento). Em todos os casos foi constatado abrandamento sintomatológico e melhora nos relacionamentos interpessoais e em dois casos as mudanças sintomáticas foram clinicamente significativas e confiáveis. O estudo sugere que a PPB pode promover mudanças significativas na saúde mental dos trabalhadores e que as intervenções mais efetivas são aquelas que incidem sobre crises. Estudos em maior escala são necessários para generalizar os achados.

*Palavras-chaves:* Psicoterapia; Psicoterapia Breve; Avaliação de Resultado de Intervenções Terapêuticas.

### ABSTRACT

#### Outcome evaluation of short-term psychodynamic psychotherapy in institutional context

This systematic multiple case study investigates the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) and the process of intra and interpersonal change of patients attended at a company. The sample consisted of 03 workers with different psychological complaints. Data collection included self-reported measures for the assessment of change in psychotherapy (OQ-45 – Outcome questionnaire), psychopathological symptoms (BSI – Brief Symptom Inventory), defense mechanisms (DSQ- 40-Defensive Style Questionnaire), and empathy (EMRI – Multidimensional Scale of Interpersonal Reactivity), applied in the 1st, 6th and 12th sessions (end of treatment). In all cases there was a decrease in symptoms and improvement in interpersonal relationships and in two the symptomatic changes were clinically significant and reliable. Results suggest that STPP can promote significant changes in workers' mental health and that the most effective interventions are those that address crises. Major studies are needed to generalize the findings.

*Keywords:* Psychotherapy; Short-term psychotherapy; Outcome Assessment of Therapeutic Interventions

As condições e exigências do mercado de trabalho apresentam impacto na saúde mental dos trabalhadores além de gerar inúmeras despesas para as instituições. Sabe-se, por exemplo que, entre trabalhadores da região Sul do Brasil, a prevalência de adoecimento psíquico é de até 53,5% (Guilland & Cruz 2017). Esse dado aponta a necessidade de cuidar da saúde mental desta população (Amazarray, Câmara, & Carlotto, 2014). No entanto, embora os problemas de saúde mental de trabalhadores apresentem grande impacto na produtividade das empresas e constituam fonte de sofrimento psicológico para os indivíduos (Cottini & Lucifora, 2013), muitas vezes não são identificados (Amazarray et al., 2014). O

### Sobre os Autores

P. D.  
orcid.org/0000-0001-6423-4103  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - São Leopoldo, RS  
patricia.dotta5@yahoo.com.br

F. B. S.  
orcid.org/0000-0003-4602-6495  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - São Leopoldo, RS  
fernandaserralta@gmail.com

### Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



reconhecimento do nexos causal entre trabalho e adoecimento psíquico é complexo, uma vez que o processo de adoecimento é singular para cada sujeito e perpassado pela história sua de vida e de trabalho. A avaliação clínica em ambientes organizacionais permite a realização de diagnósticos efetivos para compreender o sentido dos sintomas físicos e/ou psicológicos e possibilitar intervenções efetivas (Amazarray et al., 2014).

A psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica breve (PPB) tem sido considerada uma importante ferramenta para acolher as demandas dos sujeitos e ampliar o atendimento psicológico em instituições sejam elas públicas ou privadas (Yamashita Biasi & Rumin, 2015). A PPB possui origem na psicanálise clássica, mas se diferencia desta e das psicoterapias psicanalíticas de longo-prazo por apresentar limitação no tempo e nos objetivos, planejamento de metas e critérios de término bem definidos, atenção para experiências atuais, trabalho com conflito central (foco), limitação da regressão por meio da maior atividade do terapeuta, uso de interpretações extra-transferências e outras intervenções expressivas e/ou do polo expressivo-apoio, além de uma atenção especial à aliança terapêutica e aspectos atuais do relacionamento paciente-terapeuta (Ferreira-Santos, 2013; Enéas & Yoshida, 2012).

Pesquisas comprovam a efetividade e eficácia geral da PPB (Abbass, Town, & Driessen, 2012; Driessen et al., 2015; Lilliengren, Johansson, Town, Kisely, & Abbass 2017). No entanto, existe ainda a necessidade de estudos que evidenciem melhor os resultados das diferentes modalidades de intervenção em diferentes indivíduos e contextos (o que funciona para quem) e também os processos de mudança, ou seja, como e por que determinada psicoterapia funciona (Roth & Fonagy, 2013).

Sabe-se que a qualidade da psicoterapia pode ser o resultado do efeito da interação entre terapeuta e paciente, sendo que algumas variáveis de ambos podem influenciar o processo de mudança. As variáveis do paciente dizem respeito a sua história de vida atual e pregressa, a presença de rede de apoio social e afetiva, a natureza do conflito, a motivação para o processo de mudança e aspectos psicopatológicos (Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009). Já os fatores do terapeuta incluem competência técnica, experiência clínica e estilo pessoal, bem como qualidades pessoais de autenticidade, capacidade de escuta e de continência, empatia e disponibilidade (Souza & Teixeira, 2004). Uma vez que a psicoterapia é, por definição, um processo relacional, a mudança é fruto da interação da dupla (Safran & Muran, 2000; Stiles & Shapiro, 1995).

Tradicionalmente, os estudos de resultados utilizam medidas de avaliação de sintomas, pois este tipo de

mudança é comum às diversas modalidades psicoterapêuticas. Porém, uma vez que as terapias de orientação psicanalítica supõem mudanças intrapsíquicas e interpessoais, é recomendável que sua avaliação se baseie em diferentes indicadores específicos, como por exemplo, mecanismos de defesa e conflitos interpessoais (Siefert & DeFife, 2012). No Brasil, há poucos estudos sobre psicoterapias psicodinâmicas que utilizem instrumentos e métodos empíricos, sendo ainda necessários muitos esforços para transpor a dissociação entre investigação e prática clínica (Campezatto, Nunes, & Silva, 2014; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009).

Dessa forma, fundamentar a prática clínica em achados científicos, além de ser uma postura ética, proporciona maior qualidade e assertividade das intervenções clínicas. Nesse sentido, pontua-se a necessidade da integração entre os pesquisadores e clínicos e avanço do conhecimento em psicoterapia (Peixoto, Enéas, & Yoshida, 2015; Peuker, et al., 2009;).

Com base no exposto, esse estudo visa examinar a efetividade da PPB e o processo de mudança de pacientes atendidos em um ambulatório de uma empresa na qual trabalham, por meio de diferentes medidas de funcionamento intrapsíquico (sofrimento e desconforto psicológico, sintomas, e mecanismos de defesa) e interpessoal (empatia, relacionamentos interpessoais e desempenho do papel social). Assim, a investigação visa contribuir para a avaliação da aplicabilidade da PPB em contextos institucionais voltados para a recuperação da saúde mental do trabalhador e para a integração entre os fazeres científico e clínico.

## MÉTODO

Estudo de casos múltiplos, longitudinal e naturalístico, com medidas repetidas e de avaliação pré e pós-tratamento.

## PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 03 funcionários vinculados de forma empregatícia à empresa em questão e que estavam iniciando atendimento em PPB no Serviço de Psicologia entre fevereiro e março de 2016. O serviço de Psicologia integra o setor de gestão de pessoas de uma empresa de grande porte do ramo metalúrgico, localizada na região sul do Brasil.

## INSTRUMENTOS

**Inventário breve de sintomas psiquiátricos/Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983).**

O BSI avalia o sofrimento psicológico e sintomas

característicos de diferentes transtornos mentais. O instrumento apresenta 9 subescalas, sendo elas: Ansiedade, Somatização, Psicoticismo, Paranóide, Obsessão Compulsão, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Depressão e o Índice de sofrimento Geral (GSI). Os estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa do instrumento (Canavaro, 1999) revelam que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alpha de Cronbach entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão). Para este estudo, foi utilizada a versão de Canavaro (1999), adaptada para o português do Brasil pela Prof. Fernanda Serralta, no LAEPSI (Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia) / PPG em Psicologia (UNISINOS). Estudos preliminares realizados em uma amostra de 266 pacientes em psicoterapia psicanalítica atestam que a adaptação possui excelentes propriedades psicométricas, com coeficientes alfa acima de 0,77 em todas as subescalas e 0,96 para o GSI.

#### **Outcome Questionnaire – (OQ-45; Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse, & Yanchar, 1996).**

O OQ 45 mensura o progresso do paciente em psicoterapia e apresenta escores que variam entre 0 e 180. Os escores altos refletem sofrimento severo. As normas norte-americanas foram baseadas nos dados coletados em âmbito nacional (Lambert et al., 1996), e, usando as fórmulas propostas por Jacobson e Truax (1991), Lambert (2005), chegaram ao ponto de corte igual a 14. Para verificar o índice de mudança confiável, adotou-se um escore de 64/63 para mudança clinicamente significativa (disfuncionalidade/funcionalidade). Foi utilizada a versão traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil por Carvalho e Rocha (2009).

#### **Defensive Style Questionnaire – (DSQ-40; Bond, Gardiner, Christian & Sigel 1983).**

Esse instrumento tem como objetivo avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. A versão adaptada para o Brasil foi desenvolvida por Blaya (2005) e mostrou índices de fidedignidade avaliada pelo coeficiente alpha de Cronbach de 0,77 para os estilos imaturo, de 0,68 para o estilo maduro, e de 0,71 para o estilo neurótico. A estabilidade temporal (teste-reteste de quatro meses) exibiu os seguintes coeficientes: 0,81 (estilo imaturo), 0,68 (estilo maduro) e 0,71 (estilo neurótico) (Blaya, 2005).

#### **Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – (EMRI; Davis, 1983).**

A EMRI avalia aspectos cognitivos, emocionais da empatia. A escala foi adaptada para o contexto brasileiro por Sampaio, Guimarães, dos Santos Camino, Formiga, e Menezes (2011). Estudos posteriores atestaram a estrutura tetrafatorial do instrumento e a boa consistência interna desses fatores em amostras de escolares e universitários brasileiros (Formiga et al., 2013). Em estudo conduzido por Prof. Fernanda Serralta no LAEPSI (Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia) / PPG em Psicologia (UNISINOS), em uma amostra de 266 pacientes em psicoterapia psicanalítica, a EMRI apresentou coeficientes de fidedignidade (alpha de Cronbach) satisfatórios (FS = 0,80; CE = 0,83; AP = 0,73; TP = 0,74).

### **PROCEDIMENTOS**

Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UNISINOS (CEP 15/272). Os participantes foram convidados a participar voluntariamente do estudo, foi garantido sigilo quanto à sua identidade bem como o direito de não participar ou suspender a participação em qualquer momento, sem que esta decisão afetasse o serviço psicológico ofertado. Antes da coleta dos dados, os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esse estudo contou com a participação de três funcionários que foram encaminhados pelos seus respectivos gestores. A aplicação dos instrumentos foi feita de forma individual. Os participantes responderam, antes da primeira sessão, as quatro escalas: o BSI, o OQ-45, o DSQ-40 e EMRI, e preencheram um questionário com dados sociodemográficos. Na metade do processo terapêutico (i.e., na 6ª sessão) e no término (i.e., na 12ª sessão), os mesmos instrumentos foram reaplicados. Os atendimentos duraram cerca de 3 meses, constituindo em 12 encontros. A terapeuta que realizou o atendimento dos casos 1 e 2 foi uma estagiária de Psicologia e do caso 3, uma psicóloga com mais de 15 anos de experiência clínica e formação em psicoterapia. Ela era também responsável pelo serviço de psicologia da empresa e supervisora da estagiária. As sessões dos casos 1 e 2 foram sistematicamente supervisionadas em sessões semanais nas quais a estagiária levava as entrevistas registradas, de memória, em formato dialogado e obtinha as orientações para a condução dos atendimentos.

### **ANÁLISES DE DADOS**

Para avaliar processo de mudança foram calculados os escores das escalas para cada caso e a seguir, realizadas análises visuais através de procedimentos gráficos de

dispersão considerando os 3 tempos da psicoterapia (pré, durante e pós) de cada uma das medidas utilizadas. Para identificar mudanças nos sintomas da BSI em termos clinicamente significativos e confiáveis foi utilizado o procedimento de Jacobson e Truax (1991), que indica dois critérios: (1) o paciente deve mudar de um funcionamento correspondente a uma população clínica para o de uma população funcional; (2) a mudança deve ser suficientemente grande para ser considerada "real" e não decorrente de erros de medida. Este mesmo índice é a base do cálculo de mudança fornecido pela planilha de correção do OQ-45.

Este cálculo estatístico, chamado Índice de Mudança Confiável (RCI; Reliable Change Index) (Del Prette & Del Prette, 2008) é um indicador de erro da medida adquirida por meio na avaliação do paciente, diante das medidas de pré e de pós-intervenção. O índice busca compreender se os resultados são decorrentes dos procedimentos utilizados ou se instituem por oscilações, ou erros de medida. Valores de RCI acima de 1,96 indicam uma mudança confiável, ou seja, um estado de funcionalidade. O desfecho da psicoterapia, a partir da verificação da significância clínica e do RCI é classificado em: *Recuperado*: atingiu ambos os critérios; *Melhorado*: apresentou mudança no RCI mas não apresentou significância clínica; *Inalterado*: não atingiu nenhum dos critérios; *Deteriorado*: apresentou mudança no RCI, mas no sentido de piora (Jacobson & Truax, 1991).

Uma vez que o OQ-45 e o BSI fornecem indicadores globais de mudança e possuem propriedades psicométricas conhecidas que possibilitam o cálculo do RCI, foram estes os instrumentos adotados como critério principal de mudança. Para verificar mudanças nos mecanismos de defesa, foi

utilizado como critério de progresso a comparação das médias dos mecanismos de defesa imaturos. A escolha deste indicador se deve ao fato da literatura apontar que este grupo de defesas é o que mais se associa aos resultados de psicoterapia, ou seja, menos defesas imaturas no final do tratamento são indicativas de resultado positivo. (Malheiro, 2012). Já a medida de empatia (EMRI), até o momento não foi usada para avaliação de populações clínicas no Brasil. Os dados de estudos internacionais sugerem que a escala mais relevante para avaliação de psicopatologia e psicoterapia seja a tomada de perspectiva (Davis, 1983). Todas as análises foram conduzidas no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows (versão 22,0)*.

## RESULTADOS

### CASO 1

Paciente: Mario (nome fictício) possui 38 anos, casado, ensino fundamental completo. Queixa: Abuso de bebida alcoólica. O paciente utilizava medicamento psiquiátrico e durante a psicoterapia, entre a 5ª a 6ª sessão decidiu internar-se em uma clínica de reabilitação por um período de 15 dias. Após a alta, regressou para os atendimentos.

### Resultados do OQ-45

Na fase inicial do tratamento, observou-se a presença de um intenso sofrimento psicológico, principalmente nas dimensões de desconforto subjetivo. Identificou-se um nível

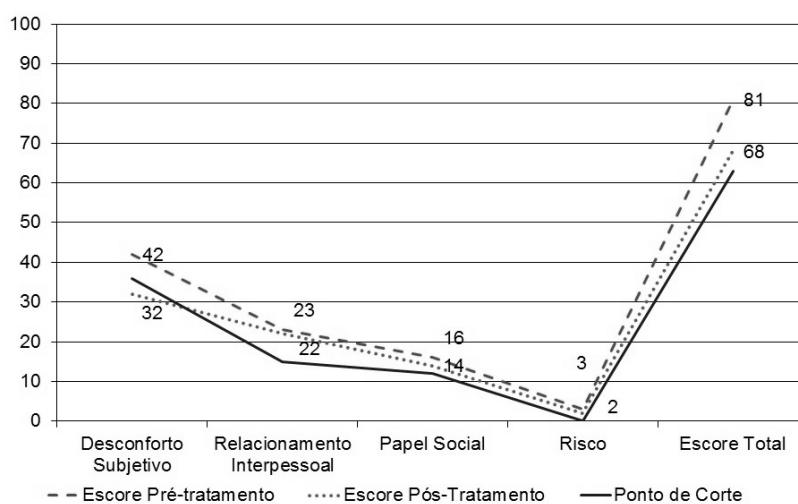


Figura1. Caso 1: Mudança em psicoterapia: considerando o OQ-45.

disfuncionalidade nos relacionamentos interpessoais, no seu papel social e nos comportamentos de riscos.

Nas medidas pós-tratamento do OQ-45 houve um abrandamento da intensidade do sofrimento psicológico, caracterizando uma melhora em psicoterapia. Ao término da PPB o paciente apresentava um nível de funcionamento superior àquele quando iniciado o tratamento. A Tabela 1 apresenta os escores de Mario nas três etapas: pré-tratamento, durante e pós-tratamento.

### Resultados do BSI

No pré-tratamento, constatou-se sintomas mais proeminentes eram ansiedade, somatização paranóia, hostilidade e sensibilidade interpessoal e presença de sofrimento sintomatológico. Na fase intermediária foi observada elevação de sintomas ansiosos e hostis.

Tabela 1. *Níveis de Sintomas, Mecanismos de Defesa e Empatia ao Longo da Psicoterapia*

CASO 1	Medidas ao longo do tempo		
	T1	T2	T3
<b>BSI – Sintomatologia</b>			
Ansiedade	2,5	3,4	1,4
Somatização	3,4	2,4	1,7
Psicoticismo	1,4	1,2	1,0
Paranoide	3,2	2,8	2,4
Obsessão Compulsão	1,5	1,8	1,5
Hostilidade	2,0	2,6	1,6
Ansiedade Fóbica	1,6	1,8	1,4
Depressão	1,3	1,8	1,5
GSI Geral (RCI)	2,2	2,7	1,7 (2,7*)
<b>DSQ-40: Mecanismos de Defesa</b>			
Maduro	7,2	6,7	6,3
Imaturo	3,6	2,9	2,7
Neurótico	5,8	5,8	6,1
<b>EMRI-Empatia</b>			
Fantasia	2,7	3,1	3,0
Consideração Empática	5,0	4,5	4,1
Tomada de Perspectiva	4,5	4,5	3,6
Angústia Pessoal	4,5	4,3	4,1

Nota: T1 = Tempo 1 (Pré-tratamento); T2 = Tempo 2 (Durante o tratamento);

T3 = Tempo 3 (Pós-tratamento). IMC = Índice de Mudança Confiável.

Valores acima de 1,96 indicam um nível de funcionalidade ( $p \leq 0,05$ ).

No pós-tratamento foi constatado que o Índice de Mudança Confiável foi de 2,7 pontos, isto é, os sintomas apresentaram abrandamento estaticamente significativo e confiável em todos níveis da escala, e o paciente encontrava-se recuperado.

### Resultados do DSQ-40

No início da terapia, constata-se a predominância das defesas maduras. Embora nota-se uma leve e progressiva diminuição das defesas maduras no meio e no final do tratamento, este esse tipo defensivo é o que predomina em todas as etapas. Por outro lado, no término da terapia as defesas neuróticas apresentaram uma média um pouco mais elevada do que nas etapas anteriores. Entretanto, no final da psicoterapia, as médias dos mecanismos de defesa imaturos apresentam uma melhora, indo de 3,6 para 2,7 pontos.

### Resultados do EMRI

Com relação aos níveis de empatia, observa-se que em todos os indicadores (exceto consideração empática) houve um pequeno aumento (possivelmente não significativo) no pós-tratamento em relação ao pré-tratamento. Em relação aos níveis de tomada de perspectiva, houve uma piora, ou seja, o paciente estava com dificuldade em se colocar no lugar de outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem. Por outro lado, a angústia pessoal demonstrou uma discreta melhora, isto é, os sentimentos de tensão e desconforto diante do sofrimento dos outros haviam diminuído ao final da psicoterapia.

### CASO 2

Paciente: Maria, nome fictício possui 48 anos, separada, possui ensino fundamental incompleto. Queixa: A paciente apresenta queixas de um acidente de trabalho e sentimento de tristeza de desesperança.

### Resultados do OQ-45

No início da psicoterapia, foi possível observar que as medidas de sofrimento psicológico e de desconforto subjetivo se encontravam em níveis compatíveis com uma população não clínica. Entretanto, de modo geral, observa-se na Figura 2, que nas medidas de pós-tratamento avaliadas pelo OQ-45, não houve mudança em psicoterapia.

A Tabela 2 apresenta os escores de Maria nas três etapas: pré-tratamento, durante e pós-tratamento.

### Resultados do BSI

No início da terapia, a paciente, apresentava predominantemente sintomas paranoides, e somáticos, caracterizando uma baixa psicopatologia sintomatológica. Porém, na fase intermediária da psicoterapia, apresentou uma elevação em níveis de ansiedade de 1,8 para 3,3 pontos.

Ao final do tratamento, a paciente apresentou um Índice



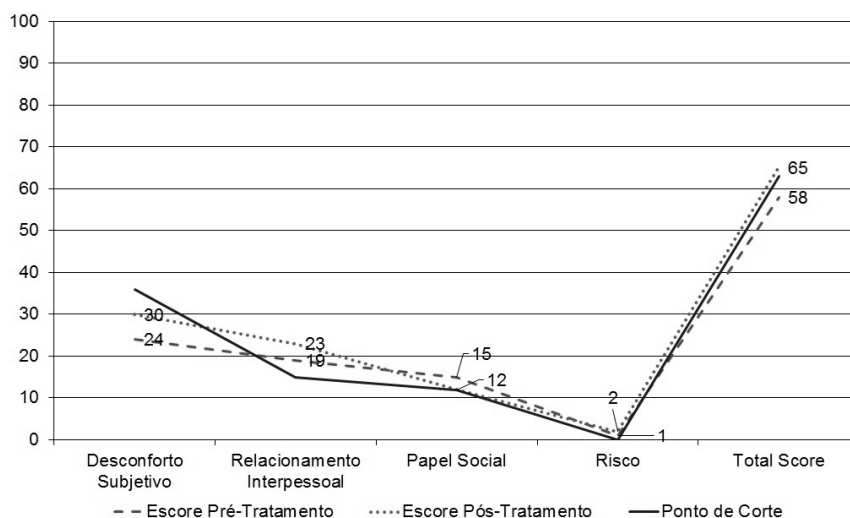


Figura 2. Caso 2: Mudança em psicoterapia: considerando o OQ-45.

de Mudança Confiável foi 1,3 pontos, ou seja, houve um abrandamento em todos os níveis sintomatológicos. Entretanto, apesar da paciente ter melhorado, essa mudança não foi considerada clínica e estaticamente significativa.

Tabela 2. Níveis de Sintomas, Mecanismos de Defesa e Empatia ao Longo da Psicoterapia

CASO 1	Medidas ao longo do tempo		
	T1	T2	T3
<b>BSI –Sintomatologia</b>			
Ansiedade	1,8	3,3	1,3
Somatização	2,1	1,0	1,0
Psicoticismo	1,0	1,0	1,0
Paranoide	2,4	2,2	1,4
Obsessão Compulsão	2,0	1,8	1,2
Hostilidade	2,0	1,8	1,2
Ansiedade Fóbica	1,6	1,6	1,2
Depressão	1,1	1,1	1,0
GSI Geral (RCI)	1,6	1,6	1,3(1,3)
<b>DSQ-40: Mecanismos de Defesa</b>			
Maduro	7,4	7,1	6,7
Imaturo	2,6	1,7	2,9
Neurótico	5,1	6,0	5,6
<b>EMRI-Empatia</b>			
Fantasia	3,4	2,7	2,3
Consideração Empática	4,7	4,7	4,5
Tomada de Perspectiva	4,0	4,1	4,5
Angústia Pessoal	3,0	2,6	2,7

Nota: T1 = Tempo 1 (Pré-tratamento); T2 = Tempo 2 (Durante o tratamento); T3 = Tempo 3 (Pós-tratamento). IMC = Índice de Mudança Confiável. Valores acima de 1,96 indicam um nível de funcionalidade ( $p \leq 0,05$ ).

### Resultado do DSQ – 40

Com relação às medidas de instrumento DSQ-40, constatou-se que no início da psicoterapia, os mecanismos de defesa maduros estão elevados em relação aos imaturos e neuróticos. Por outro lado, na fase final, houve um aumento em relação aos mecanismos de defesa imaturos, quando comparados ao início da psicoterapia.

### Resultado da EMRI

Com relação aos níveis de empatia, observou-se que a paciente apresentou uma melhora, principalmente na dimensão tomada de perspectiva de 4,0 para 4,5 pontos. Nesse sentido, a paciente foi capaz de compreender as pessoas e imaginar da forma como elas pensam e sentem.

### CASO 3

Paciente: José, nome fictício, apresenta 19 anos, solteiro, possui ensino médio completo. Queixa: dificuldades de concentração e sentimentos de desânimo no trabalho.

### Resultado do OQ- 45

Com relação os níveis de pré-tratamento, o paciente apresentava um sofrimento psicológico importante. As medidas de desconforto psicológico, relacionamento interpessoal e papel social se encontravam em níveis de disfuncionalidade, caracterizando a presença de sentimentos de angústia e ansiedade, dificuldade nos relacionamentos interpessoal e falta de satisfação e bem-estar. A Figura 3 evidencia as medidas de pré e pós-tratamento e seus respectivos escores.

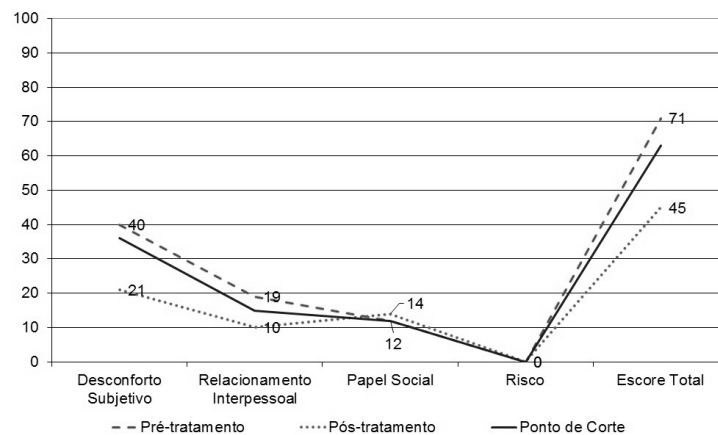


Figura 3. Caso 3: Mudança em psicoterapia: considerando o OQ-45.

Nas medidas de pós-tratamento, observa-se uma melhora em todos os níveis da escala. Houve uma diminuição estatística e clinicamente significativa no sofrimento psicológico caracterizando como uma mudança em psicoterapia. Observou-se um abrandamento de sintomas ansiosos e depressivos, melhora nas relações interpessoais, e aumento do bem-estar com familiares e nas relações profissionais. Conforme avaliação do escore global do OQ-45 o paciente se encontrava em um estado recuperado após processo psicoterapêutico. A Tabela 3 apresenta os escores de José nas três etapas: pré-tratamento, durante e pós-tratamento.

### Resultado do BSI

Na fase inicial da terapia, os sintomas que estavam produzindo mais disfunção eram paranóia, obsessão-compulsão e sensibilidade interpessoal. Durante o tratamento os sintomas de paranóia, psicoticismo, obsessão compulsão e sensibilidade interpessoal demonstram uma importante elevação em comparação às medidas de pré-tratamento. Houve uma evolução dos sintomas durante a metade do tratamento e sua respectiva queda ao final do processo terapêutico. No final da psicoterapia, todos os sintomas diminuíram de forma significativa e se verificou que o paciente obteve uma melhora em todos os seus níveis sintomatológicos. O Índice confiável de Mudança foi de 2,7 pontos indicando que o paciente se encontrava em um estado recuperado, ou seja, houve uma melhora sintomatológica significativa e confiável em todos os níveis da escala.

Tabela 3. Níveis de Sintomas, Mecanismos de Defesa e Empatia ao Longo da Psicoterapia

CASO 1	Medidas ao longo do tempo		
	T1	T2	T3
<b>BSI –Sintomatologia</b>			
Ansiedade	1,5	2,3	1,6
Somatização	2,0	2,0	1,0
Psicoticismo	2,2	3,0	1,0
Paranoide	2,8	3,8	1,6
Obsessão Compulsão	1,2	2,4	1,2
Hostilidade	1,0	1,2	1,0
Ansiedade Fóbica	1,6	2,0	1,1
Depressão	2,5	3,2	2,0
GSI Geral (RCI)	1,9	2,7	1,4(2,7*)
<b>DSQ-40: Mecanismos de Defesa</b>			
Maduro	6,4	5,7	5,4
Imaturo	4,6	5,1	2,4
Neurótico	4,6	6,2	4,0
<b>EMRI-Empatia</b>			
Fantasia	3,4	4,4	2,9
Consideração Empática	4,0	4,1	3,4
Tomada de Perspectiva	2,8	3,5	3,6
Angústia Pessoal	4,1	3,3	2,8

Nota: T1 = Tempo 1 (Pré-tratamento); T2 = Tempo 2 (Durante o tratamento);

T3 = Tempo 3 (Pós-tratamento). IMC = Índice de Mudança Confiável.

Valores acima de 1,96 indicam um nível de funcionalidade ( $p \leq 0,05$ ).

### Resultados do DSQ-40

Na fase inicial do processo psicoterapêutico, observou-se a predominância de mecanismos de defesa maduros. No final da psicoterapia demonstrou uma diminuição nas defesas maduras, imaturas e neuróticas. Embora as defesas maduras também tenham diminuído, observa-se que o paciente, no término, apresenta um padrão defensivo mais estruturado do

que regressivo, com predomínio do estilo defensivo maduro (mesmo padrão do início da psicoterapia). Não houve, portanto, modificação significativa do estilo defensivo, já mais funcional no pré-tratamento.

## Resultado da EMRI

Com relação às medidas de empatia, o paciente apresentou uma melhora na tomada de perspectiva. Os dados evidenciam que o paciente estava mais voltado para a compreensão e resolução dos conflitos interpessoais e sociais através da capacidade de se colocar no lugar do outro. Além disso, observa-se uma queda nas dimensões de angústia pessoal, uma vez que paciente parece sentir menor desconforto, incômodo e desprazer dirigidos para seu self.

## DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram que a PPB pode promover algum tipo de mudança em terapia, uma vez que os três casos apresentaram algum nível de melhora, seja por meio de uma mudança de funcionamento psíquico (menos sofrimento, menos sintomas) e mais adaptação (melhora nos relacionamentos interpessoais, por exemplo) ou, menos utilização de defesas imaturas e, portanto, uso de recursos mais adaptativos.

No final da psicoterapia, o caso 1 obteve uma melhora em diversos aspectos emocionais, relacionais e intrapsíquicos. Entretanto, apesar de não se constatar uma mudança clinicamente significativa, o paciente começa a compreender seu funcionamento e demonstra uma melhora em seu sofrimento psicológico e sintomatológico. Já o caso 2, após terapia, mostrou uma piora nos níveis psicológicos, como sofrimento subjetivo e relações interpessoais. Por outro lado, evidencia uma sutil melhora no seu papel social e nos níveis sintomatológicos. Demonstra uma satisfação pelo trabalho e indica uma possível saúde mental superior ao caso 1 e 3. Por outro lado, o caso 3 foi aquele que melhor se beneficiou da PPB, demonstrou uma melhora clinicamente significativa, ou seja, obteve um padrão de funcionamento mais estruturado e, ao final da psicoterapia, encontrava-se em uma população não-clínica e demonstrou uma melhora adaptação ao meio social e diminuição de sentimentos sintomatológicos.

Segundo Ferreira-Santos (2013), um dos principais objetivos da PPB é desaparecimento dos sintomas, a capacidade de perceber suas limitações interiores e sua etiologia; pensar em soluções mais adequadas aos seus conflitos; ser capaz de tolerar frustrações e lidar as dificuldades do cotidiano. Esta modalidade de psicoterapia vem ganhando cada vez mais espaço no campo das

psicoterapias, uma vez que diversos estudos comprovam a sua efetividade e melhora em níveis sintomáticos, relacionais e utilização de mecanismos de defesa mais adaptativos (Abbass et al., 2012; Driessen et al., 2015; Lilliengren et al., 2017; Lindfors, Knekt, Heinonen, Härkänen, Virtala, & Helsinki, 2015).

A PPB estimula a o processo de reflexão sobre as emoções e permite a regulação emocional (Enéas & Yoshida, 2012). Os casos examinados no presente estudo pareciam estar em processo reflexivo, uma vez que apresentam um aumento níveis de ansiedade, na fase intermediária, e após, uma melhora. O aumento dos níveis de ansiedade na fase intermediária é esperado (Luz, 2015) e sugere que os pacientes estavam se esforçando para compreender seus conflitos por outras perspectivas. Portanto, após psicoterapia, considerando o GSI como indicador de resultado efetivo, os casos 1 e 3 apresentaram uma mudança clinicamente significativa e confiável, demonstrando um sofrimento significativamente menor do que no início do tratamento.

Segundo Jacobson e Truax (1991), o abrandamento em níveis sintomatológicos é o primeiro nível de mudança em psicoterapia, em função do processo de curta duração dessa modalidade psicoterápica. Por outro lado, os padrões relacionais evidenciam uma melhora após um período maior de terapia (Peixoto et al., 2015), especialmente em quadros mais severos e com questões de caráter.

Conforme avaliação da terapeuta, o caso 2 apresentava demandas relacionadas à estrutura de personalidade, o que pode explicar a sua menor resposta ao tratamento em comparação aos demais. Na PPB, especialmente quando de tempo bastante curto e pré-delimitado, intervenções expressivas mais profundas podem não ser possíveis. Nesse sentido, os resultados deste estudo vão ao encontro da consideração amplamente aceita de que a PPB é uma modalidade de intervenção psicológica voltada para a melhoria do padrão de funcionamento do sujeito diante de crises, com um objetivo estabelecido conjuntamente entre paciente e terapeuta e que, via de regra, não visa mudanças na estrutura da personalidade, haja vista que as condições do enquadre não possibilitam a regressão transferencial (Enéas & Yoshida, 2012).

Entretanto, esse estudo verificou a ocorrência de algumas mudanças em nível estrutural, pois a avaliação dos mecanismos de defesa revelou uma diminuição das defesas imaturas em dois casos. As defesas imaturas são indicativas de severo sofrimento psicológico (Huband, Duggan, McCarthy, Mason, & Rathbone, 2014; Vaillant & Drake, 1985) e alterações no padrão defensivo são indicadores de mudanças mais efetivas e duradouras em psicoterapia (Vaillant & Drake, 1985; Gabbard, 2017). Assim, o presente



estudo mostrou que a PPB não se restringe somente às mudanças sintomáticas e de funcionamento adaptativo, mas atua positivamente sobre a personalidade, favorecendo mudanças nas defesas mais desadaptativas ou imaturas.

Em consonância com os estudos que apontam que a PPB é eficaz numa ampla variedade de condições clínicas e contextos (Abbass et al., 2012; Driessen et al., 2015; Lindfors et al., 2015), o presente estudo verificou que a PPB se mostrou efetiva no contexto institucional. Os resultados sugerem que esta modalidade de intervenção pode ser uma ferramenta de promoção e reabilitação da saúde mental de trabalhadores e contribuir para a redução dos diversos ônus associadas às doenças ocupacionais. Contudo, deve-se levar em consideração que este estudo é exploratório e possui limitações que impedem a generalização para outros casos. O estudo foi naturalístico e, portanto, não controlado. Variáveis que supostamente podem afetar os resultados (por exemplo, a internação psiquiátrica do Caso 1 durante o tratamento) não foram analisadas. Os casos eram heterogêneos e a experiência das duas terapeutas eram bastante desiguais. A avaliação da mudança foi baseada apenas em medidas de autorrelato. Sugerem-se estudos em maior escala, em contextos diversos, com algum controle da variabilidade da experiência do terapeuta e com a inclusão de medidas observacionais para avaliar a mudança ao longo do processo terapêutico.

## CONCLUSÃO

Esse estudo investigou a psicoterapia psicanalítica breve aplicada a funcionários de uma empresa no serviço psicológico do local. As intervenções realizadas na instituição têm como principal finalidade auxiliar o funcionário a atravessar uma crise que esteja provocando sofrimento psicológico ou disfunção psicossocial. O estudo mostra que a PPB neste contexto é efetiva e promove mudanças significativas, especialmente no sofrimento psicológico derivado dos sintomas e no funcionamento interpessoal e social. Além disso, proporciona, em menor medida, diminuição de defesas imaturas e aumento de alguns componentes da empatia, em especial a tomada de perspectiva que é a capacidade de se colocar no lugar do outro. São necessários mais estudos para a avaliação de intervenções efetivas e eficientes em termos de custo-benefício, principalmente em instituições e em sistemas públicos de saúde.

Sabe-se que os estudos sobre os processos de mudança e efetividade da psicoterapia breve são escassos no país, embora esta modalidade de intervenção seja amplamente praticada em contextos variados. São, portanto, necessários mais estudos com delineamentos diversos para ampliar

nosso conhecimento sobre quais intervenções terapêuticas são indicadas para quais pessoas e em quais contextos. Estudos de caso priorizam a validade interna em detrimento da externa e, portanto, necessitam replicação para poder inferir sobre outros casos. Contudo são especialmente úteis para a compreensão do processo de mudança e para promover uma maior interlocução entre investigação científica e prática clínica. Neste sentido, por exemplo, avaliação sistemática da mudança em psicoterapia, por meio de instrumentos padronizados, pode não só possibilitar o estudo dado do processo e dos resultados da psicoterapia, mas também proporcionar ao terapeuta, em tempo real, a mudança da rota terapêutica, quando isso for necessário.

## CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

P.D. e F.B.S. contribuíram para a conceitualização, investigação e visualização do artigo; P.D. e F.B.S. fizeram a redação inicial do artigo (rascunho) e P.D. e F.B.S. são os responsáveis pela redação final (revisão e edição).

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no presente artigo.

## DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

A pesquisa relatada no manuscrito foi financiada integralmente pela pesquisadora (primeira autora).

## REFERÊNCIAS

- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*, 20 (2), 97-108. doi: 10.3109/10673229.2012.677347
- Amazarray, M.R., Câmara, S.G., & Carlotto, M.S. (2014). Investgação em saúde mental e trabalho no âmbito da saúde pública no Brasil. In A.R.C. Merlo, C.G. Bottego, & K.V. Perez. *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos* (pp. 75-92). Porto Alegre: Evangraf.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 258-297.
- Blaya, C. (2005). *Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro* (Dissertação de mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (UFRGS), Porto Alegre.

- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 219-257.
- Bond M., Gardiner S. T., Christian J., & Sigel J.J.(1983). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Campezatto, P. V. M., Nunes, M. L. T., & Silva, M. D. R. (2014). Pesquisa em psicoterapia e psicanálise. *Aletheia*, (43-44), 213-226.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Orgs.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT/SHO.
- Carvalho, L. D. F., & Rocha, G. M. A. D. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico USF*, 14 (3), 309-316. doi: 10.1590/S1413-82712009000300007
- Cottini, E., & Lucifora, C. (2013). Mental health and working conditions in Europe. *ILR Review*, 66 (4), 958-988. doi: 10.1177/001979391306600409
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44 (1), 113-126. doi: 10.1037/0022.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24 (4), 497-505. doi: 10.1590/S0102-37722008000400013
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13 (3), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2015.07.004
- Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2012). Psicoterapia Breve Psicodinâmica de Adultos. In M.E.N Lipp, & E.M.P. Yoshida, *Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos* (pp.153-176). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52 (2), 169-173. doi:10.1037/a0037596
- Ferreira-Santos, E. (2013). *Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise*. São Paulo: Editora Agora.
- Formiga, N. S., Rocha, M. C. O., Pinto, A. D. S. S., Reis, D. A. D., Costa, S. M. D. S., & Leime, J. (2013). Fidedignidade da estrutura fatorial da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI). *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4 (1), 64-79. doi: 10.5433/2236-6407.2013v4n1p64
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. (3a ed.). Washington: American Psychiatric Pub.
- Guilland, R., & Cruz, R. M. (2017). Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Trabalhadores de Indústrias de Abate de Suínos e Aves no Sul do Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*, 26 (1), 163-177.
- Huband, N., Duggan, C., McCarthy, L., Mason, L., & Rathbone, G. (2014). Defence styles in a sample of forensic patients with personality disorder. *Personality and mental health*, 8 (3), 238-249. doi: 10.1080/14789949.2017.1375542
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (1), 12. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of clinical psychology*, 61 (7), 855-869. doi: 10.1002/jclp.20130
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3 (4), 249-258. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S
- Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24 (6), 1313-1321. doi:10.1002/cpp.2101
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., Härkänen, T., Virtala, E., & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2015). The effectiveness of short-and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *Journal of affective disorders*, 173, 31-38. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.039
- Luz, A. B. (2015). Fases da Psicoterapia. In G.O. Gabbard. *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.

- Malheiro, C. A. (2012). *Mudanças em psicoterapia: Personalidade, mecanismos de defesa e sintomas* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Instituto Universitário (ISPA), Lisboa, Portugal.
- Peixoto, E. M., Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2015). Relações entre intervenções terapêuticas, motivação para mudança e eficácia adaptativa em psicoterapia breve. *Contextos Clínicos*, 8 (1), 16-26. doi: 10.4013/ctc.2015.81.02
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14 (3). doi: 10.1590/S1413-73722009000300004
- Roth, A., & Fonagy, P. (2013). *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research*. Guilford Publications.
- Sampaio, L. R., Guimarães, P. R. B., dos Santos Camino, C. P., Formiga, N. S., & Menezes, I. G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Revista de Psicologia*, 42 (1).
- Siefert C.J., & DeFife J.A. (2012). Ten Diverse Outcome Measures for Psychodynamic Psychotherapy Research. In R. Levy, J.S. Ablon, & H. Kächele (Eds.) *Psychodynamic Psychotherapy Research*. *Current Clinical Psychiatry*. doi: 10.1007/978-1-60761-792-1\_30
- Vaillant, G. E., & Drake, R. E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42 (6), 597-601. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790290079009
- Yamashita Biasi, E., & Rumin, C. R. (2015). Aspectos da Prática Clínica em Psicologia Dirigida à Reabilitação de Trabalhadores. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35 (4). doi: 10.1590/1982-3703001922013

Recebido em: 14/12/2017  
Primeira decisão editorial em: 08/03/2018  
Aceito em: 25/03/2018