

Estudos clínicos em psicoterapia psicodinâmica: uma revisão do *follow-up* das intervenções

Clinical studies in Psychodynamic Psychotherapy:
A systematic review of follow-ups interventions

Camila Piva da Costa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400,
90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. camilapdacosta@gmail.com

Andre Goettems Bastos

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681,
90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. andregbastos@gmail.com.br

Carolina Stopinski Padoan, Cláudio Laks Eizirik

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400,
90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. carolinaspadoan@gmail.com, ceizirik.ez@terra.com.br

Resumo. A efetividade de um tratamento costuma ser mensurada pela melhora clínica do paciente. No entanto, um fator importante a ser considerado é a manutenção dos resultados após o término do tratamento. Para isso, o *follow-up* é uma ferramenta relevante. O objetivo deste estudo foi revisar e analisar de forma sistemática os estudos de *follow-up* com intervenções clínicas em psicoterapia psicodinâmica de 2006 a 2016. As buscas foram feitas nas principais bases de dados com os seguintes descritores: psicoterapia psicodinâmica, resultado, *follow-up* e equivalentes. Vinte e sete artigos atenderam aos critérios de inclusão. Os estudos indicam que as psicoterapias são tratamentos efetivos não apenas durante o processo, mas que os resultados tendem a se manter após a alta do paciente. As conclusões indicam que, para avaliar a efetividade de tratamento, as medidas de *follow-up* devem ser consideradas. Nos estudos que comparavam a efetividade entre modelos de psicoterapia, foi visto que, na maioria dos casos, não existem diferenças significativas entre os grupos, ou seja, os pacientes apresentam melhora independentemente do tipo de psicoterapia. No entanto, evidenciou-se que os modelos de tratamento de longo prazo tendem a apresentar maiores taxas de manutenção da melhora no período após a alta. A manutenção dos resultados do tratamento em longo prazo parece ser um indicativo clínico relevante para ser considerado quando da indicação de tratamento.

Palavras-chave: *follow-up*, psicoterapia psicodinâmica, efetividade.

Abstract. The effectiveness of a treatment is usually measured by the clinical improvement of the patient. However, an important factor to consider is the maintenance of the results after the end of the treatment. For this, the follow-up is a relevant tool. The objective of this study was to systematically review and analyze follow-up studies with clinical interventions in

psychodynamic psychotherapy from 2006 to 2016. The searches were made in the main databases with the following descriptors: psychodynamic psychotherapy, outcome, follow-up and equivalents. Twenty-seven articles met the inclusion criteria. Studies indicate that psychotherapies are effective treatments not only during the process and results tend to remain after patient discharge. Conclusions indicate that follow-up measures should be considered to assess the long-term effectiveness of a treatment. In studies comparing models of psychotherapy effectiveness, it was seen that in most cases there were no significant differences between treatment groups, that is, patients presented improvement independently of the type of psychotherapy. However, long-term treatment models tend to have higher maintenance rates of improvement in the post-discharge period. The maintenance of long-term treatment results seems to be a relevant clinical indication to be considered when indicating treatment.

Keywords: follow-up, psychodynamic psychotherapy, effectiveness.

Introdução

A efetividade de um tratamento é indicada pela melhora do paciente. No entanto, um fator importante a ser considerado é a manutenção dos resultados ao longo de um certo período de tempo após a alta (Roth e Fonagy, 2005). Para isso, os estudos de *follow-up* têm se mostrado uma estratégia útil na análise da manutenção da melhora dos pacientes em diversas formas de psicoterapia, incluindo as de base psicodinâmica (Wallerstein, 2005).

Os objetivos de tratamento nas psicoterapias psicodinâmicas são mais abrangentes. Além da óbvia diminuição de sintomas, espera-se que o paciente desenvolva uma maior consciência de suas dificuldades interpessoais, sociais, profissionais, intrapessoais, de personalidade, etc. Essa abrangência se deve à própria forma como a terapêutica é estruturada, focando os afetos e a expressão das emoções, a exploração de sentimentos e pensamentos, a identificação de padrões repetitivos, a discussão de experiências do passado, o entendimento das relações interpessoais, da relação com o terapeuta e a exploração de desejos e fantasias (Shedler, 2010).

O progresso na psicoterapia psicodinâmica envolve a reativação do processo de desenvolvimento normal, no qual, as experiências na relação terapêutica contribuem para revisões construtivas do self expressando-se em mudanças nas representações de si e dos outros fomentada pelo aprimoramento de habilidades reflexivas. Os tratamentos bem-sucedidos propiciam maior liberdade interna, maior segurança na exploração de pensamentos e sen-

timentos complexos, capacidades adaptativas otimizadas e maior habilidade de utilizar recursos internos (Luyten *et al.*, 2012).

Além disso, há evidências de que pacientes que recebem psicoterapia psicodinâmica (PP) não apenas mantêm os ganhos terapêuticos, mas continuam melhorando no pós alta (Shedler, 2010). Assim, para avaliar adequadamente as taxas de manutenção da melhora das psicoterapias psicodinâmicas, é relevante estudar o período após o encerramento do tratamento (Kazdim, 2009), no qual espera-se que os resultados obtidos tenham certa permanência.

Em termos médicos, *follow-up* é o período no qual o paciente já terminou o tratamento, e realiza acompanhamento médico ambulatorial periódico (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). Nos estudos de psicoterapia, o termo *follow-up* tem sido utilizado de diferentes formas. Em alguns casos, *follow-up* significa acompanhar os pacientes ao longo de seu processo de tratamento, e a partir disso verificar variáveis relacionadas ao processo e ao resultado (por exemplo, Kuutmann e Hilsenroth, 2012; Quilty *et al.*, 2008). Em outros estudos, *follow-up* refere-se à avaliação e acompanhamento do paciente logo após o encerramento da psicoterapia, no momento da alta (por exemplo, Vermote *et al.*, 2011, Salminen *et al.*, 2008). Há ainda outro conceito, que entende *follow-up* como um período de avaliação que deve acontecer um tempo depois de ser finalizado o tratamento (Leuzinger *et al.*, 2003; Wallerstein, 2001).

O conceito que será utilizado no presente estudo refere-se ao *follow-up* realizado um tempo depois de o paciente já ter finalizado o tratamento, tendo ficado sem atendimento por

um período após a alta terapêutica. Em outras palavras, esse tipo de *follow-up* visa investigar se houve ou não recaída do paciente, e se a melhora apresentada logo ao término do atendimento se manteve. Grande *et al.* (2012) dizem que estudos de *follow-up* são geralmente conduzidos para estabelecer se os efeitos de uma psicoterapia permanecem estáveis após o fim do tratamento. Isso é relevante, pois visa mensurar a manutenção dos ganhos obtidos e apreender fatores implicados após o término do tratamento.

Assim, o objetivo principal do presente estudo foi revisar e analisar de forma sistemática nas bases de dados mais relevantes os estudos de *follow-up* em psicoterapia psicodinâmica publicados entre 2006 e 2016. Para isso, consideramos como foram realizados os estudos, quais foram seus objetivos principais, quais as intervenções realizadas, quais as medidas de desfecho utilizadas e quais os resultados principais encontrados no *follow-up*. Como segundo objetivo, buscou-se analisar os resultados dos estudos que comparavam diferentes modelos de tratamento clínico.

Método

Critérios de inclusão dos estudos.

Tipos de estudo

Foram incluídos artigos empíricos originais. Foram excluídas pesquisas teóricas, revisões, meta-análises, estudos de caso, protocolos de pesquisa sem resultados, cartas ao editor, reanálises de dados de pesquisas anteriores.

Referencial teórico

Os artigos empíricos selecionados deveriam contar com pelo menos uma intervenção de orientação teórica psicodinâmica/psicanalítica.

Psicoterapia individual

Foram incluídos somente artigos que contavam com intervenção psicoterápica individual. Foram excluídos intervenções de grupo, tratamentos hospitalares, psicoterapia de família e outros.

Idioma

Foram incluídos artigos em inglês e português.

Participantes

A revisão incluiu somente estudos realizados com pacientes adultos.

Follow-up pós-alta

Foram incluídos estudos de *follow-up* em que pacientes foram avaliados depois de um período de tempo após a alta. Estudos nos quais *follow-up* significava somente seguimento ao longo do tratamento, ou medidas obtidas quando da alta terapêutica foram excluídos, pois não atendiam ao conceito definido no presente trabalho, tendo como base o conceito sugerido por Grande *et al.* (2012).

Métodos de busca

Foram realizadas buscas dos artigos através das bases de dados Pubmed, PsycINFO, Lilacs e Scielo. As estratégias básicas de busca *mesh* foram "Psychotherapy, Psychodynamic", "Psychotherapy, psychoanalytic", "Follow-Up Studies", "Outcome Assessment (Health Care)", e similares, em inglês e português. O período da busca foi de artigos publicados entre 2006 e 2016.

Extração de dados e análise

A busca nas bases de dados foi efetuada entre abril e setembro de 2016 e gerou 190 artigos no Pubmed, 196 no PsycINFO e nenhum no Lilacs e Scielo. No total 196 artigos foram selecionados. Após a leitura dos títulos e resumos, dois revisores independentes realizaram uma triagem dos artigos, para verificar inclusão ou exclusão dos mesmos na etapa seguinte do estudo. Quando havia discordância, um terceiro revisor fazia nova avaliação e/ou chegava-se a um consenso. Após a leitura dos títulos e resumos, esta fase da revisão resultou em 77 artigos que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos.

Na etapa seguinte, realizou-se a leitura completa desses 77 artigos, para fins de categorização e análise sistemática. Após esta leitura, foram excluídos 50 artigos pelos seguintes critérios: dezoito estudos tinham *follow-up* como seguimento durante o tratamento ou medida somente na alta; nove eram revisões teóricas/metanálise, estudos de caso, carta ao editor e protocolos de pesquisa sem resultados preliminares; sete estudos eram reanálises

de dados de pesquisas originais publicadas anteriormente; quatro não utilizavam psicoterapia psicodinâmica/psicanalítica; sete analisavam tratamento hospitalar ou psicoterapia de grupo; três eram estudos com crianças ou adolescentes; e dois eram em outros idiomas. No total, 27 artigos alcançaram a extração final desta revisão.

Os critérios de análise escolhidos foram divididos nos seguintes itens: descrição dos estudos, objetivos dos estudos, modalidades de psicoterapia, tamanho de amostra e perda amostral, tempo do *follow-up*, métodos e medidas utilizadas no *follow-up* e conclusões feitas pelos autores dos estudos.

Resultados

Descrição dos estudos

Os resultados estão apresentados nos quadros 1 e 2. Os 27 estudos selecionados avaliaram diferentes modelos de psicoterapia, totalizando 2.900 sujeitos de pesquisa (média de 107 participantes por estudo). Foram encontradas publicações entre os anos de 2007 e 2016 (média de três artigos publicados por ano). A maioria dos estudos são ensaios clínicos (17), seguidos por nove estudos de coorte e um estudo de caso controle. A maioria dos estudos foram realizados na Europa (Alemanha – 8; Suécia – 4; Holanda – 4; Finlândia – 3 e Noruega – 2 cada; Itália – 2; Dinamarca – 1 cada). O restante dos estudos foram no Canadá (2) e em Israel (1).

Objetivos dos estudos

Grande parte dos estudos objetivava testar a efetividade dos tratamentos envolvidos. Vinte e quatro eram estudos de resultado (e entre estes, um deles era um estudo misto de processo e resultado). Os três artigos restantes estudaram características do processo terapêutico.

Considerando as variáveis clínicas dos pacientes envolvidos nos estudos analisados, os perfis diagnósticos mais frequentes foram: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtornos psicossomáticos e fibromialgia. Outros dados clínicos estudados foram: sintomas, problemas interpessoais, funcionamento interpessoal, representações objetais, qualidade das relações objetais, *self*, apego, defesas do ego e *insight*.

Modalidades de psicoterapia

As modalidades de psicoterapia avaliadas foram: psicoterapia psicodinâmica – PP (Lilliengren *et al.*, 2015; Berghout e Zevalkink, 2009); psicoterapia psicodinâmica de curto prazo – PPCP (Leichsenring *et al.*, 2014; Amianto *et al.*, 2011); psicoterapia psicodinâmica de longo prazo – PPLP (Leichsenring *et al.*, 2014; Arvidsson *et al.*, 2011); psicoterapia psicodinâmica intensiva e curto prazo – PPI-CP (Solbakken e Abbass, 2015); psicoterapia psicodinâmica intensiva – PPI (Abass *et al.*, 2015); psicoterapia psicodinâmica de apoio – PPA (Driessen *et al.*, 2013); psicoterapia psicodinâmica breve – PPB (Amianto *et al.*, 2011); psicoterapia psicodinâmica focal – PPF (Zipfel *et al.*, 2014); tratamento comunitário de foco psicodinâmico – TCFP (Vinnars *et al.*, 2009); psicoterapia psicodinâmica interpessoal – PIT (Sattel *et al.*, 2012); psicoterapia psicodinâmica pela internet – PPIN (Johansson *et al.*, 2013); psicanálise – PA (Grande *et al.*, 2009); psicanálise com predomínio de interpretações transferências – PAT e sem interpretações transferências – PAST (Høglend *et al.*, 2008) e terapia cognitivo comportamental – TCC; (Levi *et al.*, 2015; Zipfel *et al.*, 2014); terapia cognitivo comportamental pela internet – TCCI (Johansson *et al.*, 2013); terapia do esquema – TE (Gude e Hoffart, 2008); terapia de apoio – TA (Vinnars *et al.*, 2009); e, terapia focal – TF (Heinonen *et al.*, 2012). Foram encontradas também intervenções com medicamentos como a fluoxetina (Sørensen *et al.*, 2011), sozinhos ou combinados com psicoterapia psicodinâmica (Koppers *et al.*, 2011); e também intervenções combinadas com outros tratamentos multidisciplinares, tais como dieta alimentar e acompanhamento familiar (Abba-te Daga *et al.*, 2015).

Tamanho da amostra e perda amostral

Na maioria dos estudos, houve redução do *n* amostral do início do tratamento para o período de *follow-up*. Essa perda foi referida como “erosão amostral” (Bastos *et al.*, 2014). A média de perda amostral nos estudos foi de 36,5% (desvio-padrão de 23%), sendo que o maior índice de perda foi de 78% em dois estudos (Berghout e Zevalkink, 2009; Leichsenring *et al.*, 2014). Somente um estudo não teve perda amostral entre início e *follow-up* (Arvidsson *et al.*, 2011).

Tempos de follow-up

O tempo mínimo de realização de *follow-up* após a última consulta de tratamento foi de três meses (Bögels *et al.*, 2014) e o máximo de 60 meses (Koppers *et al.*, 2011). Em muitos estudos, o *follow-up* era avaliado em mais de um tempo, por exemplo, aos 12, 24 e 36 meses após a última consulta. Todos que realizaram o *follow-up* com 36 meses já tinham realizado avaliações anteriores. O tempo médio para realização do primeiro *follow-up* foi de 15 meses (com desvio-padrão de 11 meses), e a moda foi de 12 meses (13 pesquisas).

Métodos e medidas utilizados no follow-up

Todos os estudos utilizavam como uma das medidas de *follow-up* a repetição de questionários autoaplicáveis com ou sem a presença do pesquisador, os quais já haviam sido respondidos no início e ao longo do estudo, a fim de comparar os resultados (teste-reteste). Em doze estudos essa foi a única medida utilizada (Heinonen *et al.*, 2012; Solbakken e Abbass, 2015; Sheidt *et al.*, 2013; Bögels *et al.*, 2014; Driessen *et al.*, 2013; Sattel *et al.*, 2012; Amianto *et al.*, 2011; Sørensen *et al.*, 2010; Salzer *et al.*, 2011; Puschner *et al.*, 2008; Hasse *et al.*, 2008). Em um estudo que avaliava a efetividade de uma intervenção combinada, a pesagem dos pacientes também foi um recurso adicional utilizado (Zipfel *et al.*, 2014).

Os pacientes eram contatados através de telefone (Levi *et al.*, 2015), e-mail (Marttunen *et al.*, 2008) ou carta (Sattel *et al.*, 2012) para retornarem ao local do atendimento. Em alguns estudos, quando havia dificuldade para o paciente realizar esta etapa da avaliação, os testes eram enviados e respondidos via correio (Sattel *et al.*, 2012) ou email (Gude e Hoffart 2008).

Outro método utilizado para complementar os questionários foram entrevistas presenciais semiestruturadas desenvolvidas para o próprio estudo, ou entrevistas estruturadas, por exemplo: Operationalized Psychodynamic Diagnosis – OPD Task Force (Levi *et al.*, 2015; Vinnars *et al.*, 2009; Marttunen *et al.*, 2008; Johansson *et al.*, 2013; Kronström *et al.*, 2009; Koppers *et al.*, 2011; Høglend *et al.*, 2008; Gude e Hoffart, 2008; Abbate-Daga *et al.*, 2015; Berghout e Zevalkink, 2009; Lilliengren *et al.*, 2015; Grande *et al.*, 2009; Arvidson *et al.*, 2011; Leichsenring *et al.*, 2014). O estudo que avaliou

custo-efetividade dos serviços de saúde também utilizou, além dos questionários, os registros nacionais de verificação para compor as medidas de *follow-up* (Abass *et al.*, 2015).

As medidas de desfecho utilizadas para avaliar sintomas foram: Symptom Check List (SCL90); Beck Depression Inventory (BDI); Beck anxiety Inventory (BAI); Clinician-Administered Scale (PTSD); Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI); Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS); Fear Questionnaire (FQ); Psychiatric status rating (PSR); The Health Anxiety Inventory (HAI); The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR); The Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS); Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI); Clinical Global Impression Scale (CGI); Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9); Mobility Inventory for Agoraphobia (MI).

Para problemas interpessoais, foi usado The Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Para verificar aliança terapêutica foram utilizados o Working Alliance Inventory-Short Form (WAI-S) e o Helping alliance questionnaire (HAQ). Para mecanismos de defesa, o Defense Style Questionnaire (DSQ). Para transtornos de personalidade, Temperament and Character Inventory (TCI), The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2); RORSCHACH, Karolinska Scale of Personality (KSP) e State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Para analisar o progresso terapêutico, Outcome questionnaire (OQ45); Heidelberg Structural Change Scale (HSCS). Para funcionamento interpessoal, (Psychodynamic Functioning Scales (PFS); Perceived Psychological Functioning Scale (PPF); Global Assessment of Functioning (GAF); Sense of Coherence Scale (SOCs); self-report Social Adjustment Scale (SAS-RS); e, Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP). Para a qualidade de vida, Quality of Life Inventory (QOLI) e Health-related quality of life (SF-36). Para avaliar medidas de saúde física, foram utilizados os seguintes instrumentos: Fibromyalgia-related symptoms (FIQ); Eating Disorder Inventory (EDI-2); Structured Interview for Anorexic and Bulimic Syndromes (SIAB-EX). Para relações objetivas, Quality of Object Relations Scale (OQR). Para as características do terapeuta, The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ).

Conclusões feitas pelos autores dos estudos

A psicoterapia psicodinâmica foi avaliada em treze estudos em relação a manutenção dos resultados positivos do tratamento após a alta. Em oito deles, foram comparadas intervenções psicanalíticas com tratamentos “as usual” (TAU), ou com grupo controle (GC). Em cinco estudos, a PP foi superior (Sattel *et al.*, 2012; Amianto *et al.*, 2011; Hasse *et al.*, 2008; Zipfel *et al.*, 2014; Lilliengren *et al.*, 2015), e em dois, pacientes de ambos os estudos melhoraram e os resultados se mantiveram no *follow-up* (Scheidt *et al.*, 2013; Vinnars *et al.*, 2009).

Avaliando a PP de longa duração (PPLP) comparada à PP de curta duração (PPCP), houve dois estudos de resultado (Heinonen *et al.*, 2012; Marttunen *et al.*, 2008). Em ambos, a PPLP superou a PPCP na manutenção dos resultados durante o *follow-up*, indicando que as psicoterapias de longo prazo tendem a propiciar maior manutenção dos ganhos após a alta.

Em um dos estudos, uma modalidade de psicoterapia psicodinâmica intensiva de curta duração (PPIC) foi testada para avaliar a efetividade em pacientes refratários a tratamentos de ansiedade e depressão, ocorrendo melhora em todas as medidas (Solbakken e Abbass, 2015). A PP também foi comparada a PA em dois estudos. Em um deles, a PA mostrou maiores mudanças estruturais na comparação com a PP (Grande *et al.*, 2009); no outro, os dois grupos foram efetivos após a alta sem diferenças significativas entre eles, mas os resultados não se mantiveram ao longo do *follow-up* (Berghout e Zevalking, 2009). A PA também foi testada na modalidade com interpretação da transferência (PAT) e sem interpretação da transferência (PAST) em um artigo. Os resultados demonstraram que ambos os grupos melhoraram e mantiveram os resultados no *follow-up*, mas o grupo com transferência apresentou medidas superiores de melhora quando comparadas ao grupo sem transferência (Høglend *et al.*, 2008).

A PP também foi comparada com medicação ou psicoeducação em três estudos (Koppers *et al.*, 2011; Kronström *et al.*, 2009; Sattel *et al.*, 2012). Novamente, ambos os grupos obtiveram resultados positivos de progresso terapêutico, sendo o grupo de PP superior em duas oportunidades, em relação à manutenção das medidas de melhora no *follow-up* comparada a medicação (Kronström *et al.*, 2009) e a TAU (Sattel *et al.*, 2012); e, sem diferenças

significativas entre os grupos em um estudo, nos quais os dois grupos apresentaram recaída (Koppers *et al.*, 2011). Houve também um estudo em que a PP foi combinada a outras intervenções multidisciplinares e também foi efetiva (Abbate-Daga *et al.*, 2015).

Em nove artigos, os resultados da psicoterapia psicodinâmica foram comparados aos da terapia cognitivo-comportamental. Em quatro destes estudos, ambos os grupos demonstraram melhora e mantiveram os ganhos terapêuticos no *follow-up* em igual medida, sem diferenças significativas entre eles (Levi *et al.*, 2015; Bögels *et al.*, 2014; Driessen *et al.*, 2013; Leichsenring *et al.*, 2014). Em outros quatro estudos que utilizaram psicoterapias psicodinâmicas e TCC de curta duração (uma delas via internet), houve melhora em ambos os grupos, mas a TCC foi superior (Gude *et al.*, 2008; Sørensen *et al.*, 2011; Johansson *et al.*, 2013; Salzer *et al.*, 2011). Por fim, na pesquisa que comparava PP, TCC e TAU, a psicoterapia psicodinâmica mostrou resultados significativamente superiores em comparação aos demais grupos no *follow-up* (Zipfel *et al.*, 2014).

Discussão

A manutenção dos resultados após o fim das psicoterapias tem sido considerada na literatura como uma medida relevante para testar a efetividade dos tratamentos. Isso é principalmente relevante para as psicoterapias psicodinâmicas, as quais consideram que a melhora deve ter um efeito duradouro na vida do paciente, que após a alta deve ser capaz de internalizar a função terapêutica anteriormente desempenhada pelo analista para a solução de conflitos futuros evitando recaídas (Shedler, 2010; Kazdin, 2007; Gabbard, 2004).

Apesar da crescente produção de estudos sobre psicoterapia psicodinâmica no Brasil (por exemplo, Santeiro, 2008; Yazigi *et al.*, 2011; Bastos *et al.*, 2013, 2014), essa revisão não encontrou nenhum estudo brasileiro que utilizasse o *follow-up* como medida de efetividade clínica. Acredita-se que as dificuldades de acompanhamento e o alto custo envolvido no recrutamento de pacientes após o fim do tratamento possa ser, em parte, responsável por este fato. Na maioria dos estudos, os pacientes foram recrutados via correio e telefone, demandando que as instituições de pesquisa tivessem recursos financeiros e material humano para esta parte do projeto. Além disso, localizar e avaliar ex-pacientes para fins de

pesquisa exige profissionais capacitados, para que não se confunda as necessidades do estudo com propaganda ou interferência no processo de alta (Roth e Fonagy, 2005).

Nos estudos avaliados nessa revisão, os autores não descreveram com precisão qual profissional realizou o *follow-up*, qualificação e/ou capacitação deste pesquisador para essa função, bem como não houve discussão em relação aos possíveis danos que podem ocorrer por uma interferência no momento pós alta. Acredita-se que o pesquisador deva estar atento para não criar demandas de tratamento que não existiam antes da participação na pesquisa. Ao mesmo tempo, realizar intervenções que medem resultados de psicoterapia e bem-estar emocional podem desencadear nos entrevistados processos e necessidades que devem ser endereçados adequadamente pelos pesquisadores. Tudo isto se revela extremamente delicado, pois exige-se treinamento e conhecimento técnico para realizar abordagens que priorizem o bem-estar dos participantes de forma ética e responsável. Para tal tarefa, pode ser relevante investigar melhor a influência dos estudos de *follow-up* no estado emocional do paciente e na criação de novas demandas para tratamento. Um estudo de *follow-up* do próprio *follow-up*, neste sentido, constituiria uma pesquisa original e criativa.

As coortes e ensaios clínicos apresentaram uma alta taxa de perda amostral. Sabe-se que as psicoterapias apresentam altas taxas de abandono, que podem oscilar entre 20 e 60%, dependendo do modelo utilizado (Roth e Fonagy, 2005). A taxa de erosão amostral encontrada está de acordo com os principais dados internacionais, porém chama a atenção as diferenças de perda amostral encontrada entre os estudos, em torno de 78% em alguns e entre 12 e 17% em outros. Essas diferenças podem apontar a qualidade metodológica da pesquisa, por isso é relevante levantar hipóteses referentes a altas perdas amostrais. Em um estudo com alta perda amostral (Levi *et al.*, 2015), os participantes não foram localizados ou se negaram a participar da avaliação. Além disso, o estudo mostrou que os pacientes que completaram o tratamento e/ou responderam as medidas de *follow-up* tendiam a concordar mais com seus terapeutas sobre o fim do tratamento.

Outro ponto que pode estar relacionado a não participação dos pacientes no *follow-up* são as medidas de desfecho utilizadas. No estudo de Berghout e Zevalink (2009), foram utilizados numerosos questionários, ainda que, fos-

sem enviados por e-mail, além de avaliações de personalidade no consultório. A medida de personalidade englobava também testes projetivos que podem já ter mobilizado o paciente nas primeiras avaliações, tanto em termos emocionais como no tempo demandado para sua finalização. Já em dois estudos que apresentaram baixa perda amostral no *follow-up*, instrumentos mais breves e práticos foram utilizados (Arvidsson *et al.*, 2011), um deles por email (Gude e Hoffart, 2008), o que pode ter facilitado o acesso aos pacientes.

Nesta revisão, em consonância com a literatura, as medidas de *follow-up*, em sua maioria, serviram principalmente como mensuração de efetividade dos tratamentos, os quais comparavam diferentes modalidades de psicoterapia. A diminuição de sintomas foi a medida de desfecho mais utilizada para medir os resultados, porém a maioria dos estudos, acrescentou outras medidas como: funcionamento interpessoal, defesas, relações objetivas, etc. Além disso, é de fundamental importância a escolha dos instrumentos utilizados nas pesquisas de efetividade de tratamento, pois a significância clínica depende, em parte, da qualidade desses instrumentos (Berghout e Zevalink, 2009). Recomenda-se utilizar múltiplas medidas simultaneamente, considerando que a melhora clínica também depende dos objetivos do tratamento e do tipo de patologia encontrado nos pacientes (Roth e Fonagy, 2005).

Uma vez que a redução da sintomatologia é apenas um dos objetivos pretendidos pela PP (Shedler, 2010; Luyten e Blatt, 2012) e não é considerada a única medida de desfecho existente (Roth e Fonagy, 2005), há uma boa confiabilidade nos resultados dos estudos analisados. Para as psicoterapias psicodinâmicas, uma forma mais relevante de captar a totalidade da melhora pretendida pelo tratamento ocorre através de mudanças estruturais, as quais podem ser melhor evidenciadas através de índices de funcionamento global, qualidade das relações, qualidade de vida e uso de defesas mais maduras (Bastos *et al.*, 2013). Essas medidas de avaliação da melhora se mostram essenciais para captar efeitos terapêuticos em todos os índices citados (Grande *et al.*, 2012). Além disso, muitos estudos utilizaram as entrevistas como recurso adicional para contemplar a complexidade dessa avaliação.

Nos estudos que compararam dois ou mais tipos de tratamento, as medidas de *follow-up* foram utilizadas para demonstrar qual era o grupo mais efetivo ao longo do tempo, além

de também serem parâmetros, para analisar características do processo nos diferentes tratamentos. Ainda, medidas de *follow-up* também foram utilizadas para analisar recaídas e uso de tratamentos auxiliares. Finalmente, para uma medida mais consistente de preditores de melhora, os estudos associaram dados de *follow-up* aos de alta, considerando assim a manutenção do ganho terapêutico. Esses resultados mostraram que as psicoterapias em suas diferentes modalidades têm efeitos positivos e seus resultados tendem a persistir ao longo do tempo (Lipsey e Wilson, 1993; Taylor, 2012; Shedler, 2010).

Os estudos sugerem que as psicoterapias psicodinâmicas de longo prazo e a psicanálise tentem a apresentar resultados mais duradouros no período pós alta, na comparação com modelos psicoterápicos de curta duração (Taylor, 2012; Vermote *et al.*, 2010). Nos estudos em que a PP de curto prazo foi comparada à TCC de curto prazo, os resultados da TCC foram ligeiramente superiores. Os efeitos da TCC sobre os sintomas do paciente parecem se dar de forma mais rápida, porém em *follow-up* mais longo, a tendência é que esses efeitos não persistam (Taylor, 2012). Os tratamentos psicodinâmicos de longo prazo e a psicanálise tenderam a apresentar melhores resultados em seguimentos pós alta mais longos, nos quais existe uma tendência clara rumo à diminuição de sintomas que ocorre após o tratamento ser encerrado (Freedman *et al.*, 2001; Sandell *et al.*, 2000).

As modalidades de psicoterapia de curto prazo pareceram mais efetivas para pacientes com sofrimento mental agudo. Por outro lado, há evidências que tratamentos de curto prazo não são suficientes para pacientes com transtornos mentais mais complexos, crônicos e de personalidade (Rabung e Leichsering, 2012). Acredita-se que a indicação para psicoterapia, bem como o tipo de tratamento oferecido, deve estar baseada no diagnóstico, estado mental de cada paciente, e disposição do mesmo para o tratamento em questão.

A maioria dos estudos recrutou pacientes com diagnósticos específicos, como depressão, transtornos de ansiedade, de personalidade (Leishchering *et al.*, 2014; Driessen *et al.*, 2013; Amianto *et al.*, 2011). Está é uma abordagem muito utilizada em medicina, mas em muitos casos, acaba por não incluir pacientes com modalidades de patologias comórbidas, ou de diagnóstico não claro, que são os casos mais prevalentes em ambientes naturais de psicoterapia (Rabung e Leichsering, 2012). Já é sabi-

do que a forma mais eficiente de pesquisar a psicoterapia é em seu ambiente natural através de métodos híbridos, os quais, tem maior potencial para captar a totalidade dos processos envolvidos nos tratamentos (De Maat *et al.*, 2013). Assim, mais estudos de *follow-up* priorizando o ambiente natural das psicoterapias com pacientes com características mais prevalentes são necessários para testar os resultados desta revisão.

Nos estudos de processo, o *follow-up* também serviu para verificar se as mudanças ocorridas durante os tratamentos se mantinham ao longo do tempo, mas também se fatores relacionados ao processo de psicoterapia (aliança terapêutica, características do terapeuta e do paciente) estariam relacionados à melhora no *follow-up*. Diversos estudos enfatizam a relevância da associação entre fatores de processo e resultados do tratamento (Goldfried, 2000). A aliança terapêutica, por exemplo, é um relevante preditor de desfecho, em diferentes modalidades de psicoterapia (Norcross, 2002; McCabe e Priebe, 2004). Especialmente para as psicoterapias psicodinâmicas, as quais priorizam mudanças estruturais de longo prazo que se constroem dentro de uma relação transferencial entre terapeuta e paciente, as características do processo terapêutico e da relação terapêutica são elementares para avaliar a manutenção de resultados (Smith-Hansen *et al.*, 2012).

Um fato que se destacou na presente revisão foi a ausência de estudos dos Estados Unidos da América, que é reconhecido como um centro de referência em pesquisa psiquiátrica. Uma das hipóteses para isso é que a maioria das pesquisas realizadas neste país possam estar centradas em abordagens de orientação cognitivo comportamental, o que estava fora do escopo da presente revisão. Neste trabalho, a TCC foi avaliada somente quando comparada a outras modalidades de psicoterapia psicodinâmica/psicanalítica.

Ainda em relação às dificuldades de realizar estudos com *follow-up*, o pensamento lógico leva a hipótese que quanto mais longo é o período de seguimento pós alta, maior seria a perda amostral. Porém, isso não foi encontrado nesta revisão. As maiores perdas amostrais não se mostraram relacionadas a um tempo maior de *follow-up*. Um ponto a ser avaliado em relação a este tema é o seguinte: quanto maior o período pós alta, mais difícil é associar de forma causal os resultados das medidas de *follow-up* com o tratamento original devido a quantidade de variáveis envolvidas na história

de vida de uma pessoa, as quais podem alterar seu estado emocional (Roth e Fonagy, 2005). Em 60 meses, maior prazo de *follow-up* encontrado nesta revisão, muitas variáveis poderiam estar envolvidas na manutenção dos ganhos terapêuticos, tais como questões profissionais, de saúde, de relacionamento (Fletcher *et al.*, 1996). Porém, alguns autores revelam que um intervalo entre dois e cinco anos é um tempo necessário para avaliar o efeito duradouro do tratamento na vida do paciente (Wallerstein, 2001). Assim, estudos são necessários para aprimorar o cálculo do tempo mais adequado para realizar este acompanhamento pós alta, evitando a erosão amostral e desenvolvendo bons controladores para os reveses que podem surgir da vida cotidiana dos pacientes.

As pesquisas de eficácia e efetividade centradas em características do paciente surgem como um novo paradigma de avaliação de resultados das psicoterapias (Lambert e Ogles, 2004). A inserção de estratégias qualitativas com metodologia mais rigorosa e refinada seriam uma ferramenta adicional, profunda e complexa para investigar os processos envolvidos na cura, e também um recurso para compreender os motivos que levam os pacientes a não aceitarem responder os instrumentos e/ou participar do *follow-up* depois da alta. Estudos de caso detalhados documentam as sutilezas nas atitudes e nas intervenções do terapeuta e também captam mudanças no paciente (Lingiardi *et al.*, 2010). Esses dados são importantes para aprimorar os estudos longitudinais e torná-los mais viáveis, já que essa perda amostral pode estar relacionada ao próprio tratamento, insatisfações quanto ao terapeuta, à instituição ou resultados da psicoterapia, e por isso precisam ser melhor endereçados.

Um balanço retrospectivo do tratamento também pode servir como recurso para investigar o andamento do mesmo. Assim, o resultado de um tratamento parece estar vinculado a pelo menos dois fatores importantes. A mudança da sintomatologia para melhor, ou seja, a diminuição dos sintomas clínicos manifestos e, também, o fator do alcance dos objetivos traçados em conjunto com o paciente no início do tratamento, o que envolve, muitas vezes, alterações na vida que vão além da diminuição de sintomas (Grande *et al.*, 2012).

Considerações finais

A presente revisão demonstrou a importância do *follow-up* como ferramenta para mensurar

os resultados dos tratamentos. É relevante verificar as medidas que são utilizadas para avaliar a melhora e conhecer as formas como esses estudos vêm sendo desenvolvidos como referência para futuros estudos no Brasil. Atestar a efetividade das intervenções psicodinâmicas no período após a alta continua sendo um importante e necessário desafio para o desenvolvimento teórico e clínico da área, e por isso é necessário aprimorar e viabilizar os estudos de *follow-up*.

Um ponto forte desta revisão foi a amplitude do tempo pesquisado (10 anos), e a delimitação de um foco específico, o que possibilita identificar com maior acerto as publicações sobre o tema. Optou-se por ler diversos artigos na íntegra quando suscitavam qualquer dúvida de inclusão durante a seleção dos resumos, garantindo assim maiores níveis de confiança. Uma das limitações da presente revisão é que os estudos incluídos não abrangiam todas as formas de tratamento existentes, o que impossibilitou a identificação de como é realizado o *follow-up* em outras abordagens teóricas. Outra limitação é a inclusão somente de artigos em inglês e português, visto que artigos em outros idiomas poderiam acrescentar novos dados à discussão. Além disso, um dos elementos de dificuldade no rastreamento dos artigos foi a indefinição conceitual do termo *follow-up*, que teve sua padronização realizada pelos autores através do estudo e identificação dos diversos conceitos do termo.

Referências

- ABBASS, A.; KISELY, S.; RASIC, D.; TOWN, J.M.; JOHANSSON, R. 2015. Long-term healthcare cost reduction with intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *Journal of Psychiatric Research*, **64**:114-120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.001>
- ABBATE-DAGA, G.; MARZOLA, E.; DE-BACCO, C.; BUZZICHELLI, S.; BRUSTOLIN, A.; CAMPISI, S.; AMIANTO, F.; MIGLIARETTI, G.; FASSINO, S. 2015. Day hospital treatment for anorexia nervosa: a 12-month follow-up study. *European Eating Disorders Review*, **23**(5):390-398. <https://doi.org/10.1002/erv.2369>
- AMIANTO, F.; PIERÒ, A.; CAIRO, E.; ROCCA, G.; SIMONELLI, B.; FASSINA, S.; ABBATE-DAGA, G.; FASSINO, S. 2011. Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: A two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry*, **11**:181. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-181>
- ARVIDSSON, D.; SIKSTRÖM, S.; WERBART, A. 2011. Changes in self and object representations

- following psychotherapy measured by a theory-free, computational, semantic space method. *Psychotherapy Research*, **21**(4):430-446. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577824>
- BASTOS, A.G.; GUIMARÃES, L.S.; TRENTINI, C.M. 2013. Neurocognitive changes in depressed patients in psychodynamic psychotherapy, therapy with fluoxetine and combination therapy. *Journal of Affective Disorders*, **151**(3):1066-1075. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.036>
- BASTOS, A.G.; GUIMARÃES, L.S.; TRENTINI, C.M. 2014. The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research*, **25**(5):612-624. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935519>
- BERGHOUT, C.C.; ZEVALKINK, J. 2009. Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **73**(1):7-33. <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.1.7>
- BÖGELS, S.M.; WIJTS, P.; OORT, F.; SALLAERTS, S.M. 2014. Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, **31**(5):363-373. <https://doi.org/10.1002/da.22246>
- DRIESSEN, E.; VAN, H.L.; DON, F.J.; PEEN, J.; KOOL, S.; WESTRA, D.; HENRIKESM, M.; SCHOEVERS, R.A.; CUIJPERS, P.; TWISK, J.W.R.; DEKKER, J.J.M. 2013. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, **170**(9):1041-1050. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070899>
- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. 1996. *Clinical epidemiology: the essentials*. 3rd ed., Baltimore, Williams & Wilkins.
- FREEDMAN, N.; HOFFENBER, J.; BORUS, N.; EIZIRIK, C.; KNIJINIK, D. 2001. Tiempo en tratamiento: observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre, Brasil. *Investigación Psicoanalyses Psicoterapia*, **1**:87-101.
- GABBARD, G.O. 2004. *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. Washington, American Psychiatric Publishing, 224 p.
- GOLDFRIED, M. 2000. Consensus in psychotherapy research and practice: where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, **10**(1):1-16. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.1.1>
- GRANDE, T.; DILG, R.; JAKOBSEN, T.; KELLER, W.; KRAWIETZ, B.; LANGER, M.; OBERBRACHT, C.; STEHLE, S.; STENNES, M.; RUDOLF, G. 2009. Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, **19**(3):344-357. <https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
- GRANDE, T.; WOLFRAM, K.; RUDOLF, G. 2012. What happens after treatment: can structural change be a predictor of long-term outcome? In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (ed.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 169-183.
- GUDE, T.; HOFFART, A. 2008. Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, **49**(2):195-199. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00629.x>
- HAASE, M.; FROMMER, J.; FRANKE, G.H.; HOFFMANN, T.; SCHULZE-MUETZEL, J.; JAGER, S.; GRADE, H.J.; SPITZER, C.; SCHIMITZ, N. 2008. From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, **18**(5):615-624. <https://doi.org/10.1080/10503300802192158>
- HEINONEN, E.; LINFORDS, O.; LAAKSONEN, M.A.; KNEKT, P. 2012. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, **138**(3):301-312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>
- HØGLEN, P.; BØWWALD, K.P.; AMLO, S.; MARBLE, A.; ULBERG, R.; SJAASTAD, M.C.; SØRBYE, Ø.; HEYERDAHL, O.; JOHANSSON, P. 2008. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, **165**(6):763-771. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07061028>
- JOHANSSON, R.; NYBLOM, A.; CARLBRING, P.; CUIJPERS, P.; ANDERSSON, G. 2013. Choosing between internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral therapy for depression: a pilot preference study. *BMC Psychiatry*, **13**:268. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852703/>. Acesso em: 24/09/2016. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- KAZDIN, A.E. 2007. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, **3**:1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- KAZDIN, A.E. 2009. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, **19**(4-5):418-428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- KOPPERS, D.; PEEN, J.; NIEKERKEN, S.; VAN, R.; DEKKER, J. 2011. Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short-term psychodynamic therapy. *Journal of Affective Disorders*, **134**(1-3):468-472. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.027>
- KRONSTRÖM, K.; SALMINEN, J.K.; HIETALA, J.; KAJANDER, J.; VAHLBERG, T.; MARKKULA, J.; RASI-HAKALA, H.; KARLSSON, H. 2009. Does defense style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? *Depression and Anxiety*, **26**(7):689-695. <https://doi.org/10.1002/da.20585>
- KUUTMANN, K.; HILSENROTH, M.J. 2012. Exploring in-session focus on the patient-therapist relationship: patient characteristics, process and outcome. *Clinical Psychology Psychotherapy*, **19**(3):187-202. <https://doi.org/10.1002/cpp.743>
- LAMBERT, M.J.; OGLES, B.M. 2004. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J.

- LAMBERT (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York, Wiley, p. 139-193.
- LEICHSENDRING, L. et al. 2014. Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, **171**(10):1074-1082. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111514>
- LEUZINGER-BOHLEBER, M.; STUHR, U.; RUGER, B.; BEUTEL, M. 2003. How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *The International Journal of Psychoanalysis*, **84**(2):263-290. <https://doi.org/10.1516/C387-0AFM-4P34-M4BT>
- LEVI, O.; BAR-HAIM, Y.; KREISS, Y.; FRUCHTER, E. 2015. Cognitive-behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a comparative effectiveness study. *Clinical Psychology Psychotherapy*, **23**(4):298-307. <https://doi.org/10.1002/cpp.1969>
- LILLIENGREN, P.; SANDELL, R.; FALKENSTROM, F.; WERBART, A.; MOTHANDER, P.R. 2015. Secure attachment to therapist, alliance, and outcome in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Journal Counseling Psychology*, **62**(1):1-13. <https://doi.org/10.1037/cou0000044>
- LINGIARDI, V.; SHEDLER, J.; GAZILLO, F. 2010. Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment*. **86**:23-32. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_04
- LIPSEY, M.W.; WILSON, D.B., 1993. The efficacy of psychological, education, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, **48**(12):1181-209. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.12.1181>
- LUYTEN, P.; BLATT, S.; MAYES, L. 2012. Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy research: the need for a (relatively) new paradigm. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 145-160.
- LUYTEN, P.; BLATT, S.J. 2012. Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, **35**(1):111-129. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.01.001>
- DE MAAT, S.; DE JONGUE, F.; DE KRAKER, R.; LEICHESERING, F.; ABBASS, A.; LUYTEN, P.; DEKKER, J. 2013. The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, **21**(3):107-137.
- MARTTUNEN, M.; VALIKOSKI, M.; LINFORDS, O.; LAAKSONEM, M.A.; KNET, P. 2008. Pre-treatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: A 1-year follow-up study. *Psychotherapy Research*, **18**(2):191-199. <https://doi.org/10.1080/10503300701429958>
- MCCABE, R.; PRIEBE, S. 2004. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, **50**(2):115-128. <https://doi.org/10.1177/0020764004040959>
- NORCROSS, J.C. 2002. Empirically supported therapy relationships. In: J.C. NORCROSS (ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. London, Oxford University Press, p. 3-16.
- PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J.L. 2007. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, **21**(2):47-53.
- PUSCHNER, B.; WOLF, M.; KRAFT, S. 2008. Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment? *Psychotherapy Research*, **18**(2):167-178. <https://doi.org/10.1080/10503300701367984>
- QUILTY, L.C.; DE FRUYT, F.; ROLLAND, J.P.; KENNEDY, S.H.; ROUILLON, P.F.; BAGBY, R.M. 2008. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, **108**(3):241-250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.022>
- RABUNG, S.; LEICHSENDRING, F. 2012. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: first meta-analytic evidence and its discussion. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 27-52.
- ROTH, A.; FONAGY, P. 2005. *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. 2nd. Ed., London, The Guildford Press, 661 p.
- SALMINEN, J.K.; KARLSSON, H.A.; HIETALA, J.D.; KAJANDER, J.E.; AALTO, S.F.; MARKKULA, J.D.; RASI-HAKALA, H.G.; TOIKKA, T.C. 2008. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Fluoxetine in Major Depressive Disorder: A Randomized Comparative Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **77**(6):351-357. <https://doi.org/10.1159/000151388>
- SALZER, S.; WINKELBACH, C.; LEWEKE, F.; LEIBING, E.; LEICHSENDRING, F. 2011. Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **56**(8):503-508. <https://doi.org/10.1177/070674371105600809>
- SANDELL, R.; BLOMBERG, J.; LAZAR, A.; CARLSSON, J.; BROBERG, J.; SHUBERT, J. 2000. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis*, **81**(5):921-42.
- SANTEIRO, T.V. 2008. Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. *Psicologia em Estudo*, **13**(4):761-770. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000400014>

- SATTEL, H.; LAHMANN, C.; GÜNDEL, H.; GUTHRIE, E.; KRUSE, J.; NOLL-HUSSONG, M.; OHMANN, C.; RONEL, J.; SACK, M.; SAUER, N.; SCHNEIDER, G.; HENNINGSEN, P. 2012. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, **200**(1):60-67. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
- SCHEIDT, E. 2013. Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, **35**(2):160-167. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.10.013>
- SHEDLER, J. 2010. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, **65**(2):98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- SMITH-HANSEN, L.; LEVY, R.A.; SEYBERT, C.; ERHARDT, I.; ABLON, A.S. 2012. The contributions of the psychotherapy process Q-Set to psychotherapy research. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 381-400.
- SOLBAKKEN, O.A.; ABBASS, A. 2015. Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders*, **181**:67-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003>
- SØRENSEN, P.; M. BIRKET-SMITH; WATTAR, U.; BUEMANN, I.; SALKOVSKIS, P. 2011. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*, **41**(2):431-441. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000292>
- TAYLOR, D. 2012. Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base. In: R.A. LEVY; J.S. ABLON; H. KACHELE (eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York, Humana Press, p. 95-116.
- VERMOTE, R.; LOWYCK, B.; LUYTEN, P.; VERHAEST, Y.; VERTOMMEN, H.; VENDENEDE, B.; CORVELEYN, J.; PEUSKENS, J. 2011. Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology Psychotherapy*, **18**(4):303-313. <https://doi.org/10.1002/cpp.713>
- VERMOTE, R.; LOWYCK, B.; LUYTEN, B.; VERTOMMEN, H.; CORVELEYN, J.; VERHAEST, Y.; PEUSKENS, J. 2010. Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **198**(2):110-115.
- VINNARS, B.; THORMÄHLEN, B.; GALLOP, R.; NORÉN, K.; BARBER, J.P. 2009. Do personality problems improve during psychodynamic supportive-expressive psychotherapy? Secondary outcome results from a randomized controlled trial for psychiatric outpatients with personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **46**(3):362-375. <https://doi.org/10.1037/a0017002>
- WALLERSTEIN, R.S. 2005. Outcome research. In: G.O. GABBARD; E.S. PERSON; A.M. COOPER (eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Washington, American Psychiatric Publishing, p. 301-315.
- WALLERSTEIN, R.S. 2001. The generations of psychotherapy research. An overview. In: M. LEUZINGER-BOHLEBER; M. TARGET (eds.), *Outcomes psychoanalytic treatment: perspectives for therapists and researchers*. London, Whurr, p. 30-60.
- YAZIGI, L.; SEMER, N.L.; AMARO, T.C.; FIORE, M.L.M.; DA SILVA, J.F.R.; BOTELHO, N.L.P. 2011. Rorschach and the WAIS-III after one and two years of psychotherapy. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **4**(1):10-18.
- ZIPFEL, T. et al. 2014. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, **383**(9912):127-137. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)

Submetido: 30/09/2016

Aceito: 13/03/2017