



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

TESE DE DOUTORADO

**ESTUDO SOBRE O PROCESSO TERAPÊUTICO DE UMA
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE LONGO PRAZO**

Pricilla Braga Laskoski

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

Porto Alegre, dezembro de 2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

TESE DE DOUTORADO

**ESTUDO SOBRE O PROCESSO TERAPÊUTICO DE UMA
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE LONGO PRAZO**

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.

Pricilla Braga Laskoski

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientadora: Profa. Dra. Fernanda Barcellos
Serralta

Porto Alegre, dezembro de 2017

CIP - Catalogação na Publicação

Laskoski, Pricilla Braga
ESTUDO SOBRE O PROCESSO TERAPÊUTICO DE UMA
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE LONGO PRAZO / Pricilla
Braga Laskoski. -- 2017.

171 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.

Coorientadora: Fernanda Barcellos Serralta.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento,
Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Psicoterapia. I. Eizirik, Cláudio Laks,
orient. II. Serralta, Fernanda Barcellos, coorient.
III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Para minha filha, Lavínia,

meu marido, Vinicius,

e minha mãe, Ecelda.

Os ingredientes mais ativos e determinantes no meu processo.

AGRADECIMENTOS

Ao querido professor Cláudio Laks Eizirik, meu orientador, pela presença sempre acolhedora e inspiradora, por tão generosamente compartilhar conosco seu imenso conhecimento e estar sempre de braços abertos, ouvidos atentos e abraços afetuosos nos momentos em que mais precisamos;

À professora Fernanda Serralta, minha co-orientadora, pelo incentivo constante a buscar o conhecimento, por compartilhar tão generosamente o seu comigo e pelo incentivo a seguir o caminho da pesquisa em psicoterapia;

Aos queridos colegas e amigos do grupo de pesquisa, Marina Gastaud, Diogo Machado, Charlie Severo, Carolina Padoan, Stefania Teche, Alcina Barros, Camila da Costa, Ana Margareth Bassols, Aline Rodrigues, Raquel Saldanha, Gabriela Monteiro, Diego Rebouças, Cristina Pessi, e aos colegas que estão chegando mais recentemente. Vocês foram e são fundamentais. Somos sistemas complexos e nesse grupo cada integrante é uma variável determinante ao conjunto. A parceria, a amizade, as trocas, as risadas: cada um contribuiu de sua forma para que esses anos fossem tão ricos e prazerosos.

Um agradecimento especial à terapeuta e à paciente que compartilharam a intimidade de seu encontro e assim generosamente permitiram que essa caminhada pudesse ser trilhada;

Às colegas do grupo da Unisinos, pelas trocas desde o treinamento do PQS até a colaboração como juízas incansáveis nas codificações das sessões;

Ao PPG e à Cláudia pelo suporte não só a esse trabalho, mas por viabilizarem e enriquecerem a experiência de ser aluna e estar construindo minha identidade enquanto pesquisadora;

À professora, orientadora, colega e amiga Simone Hauck pelo incansável estímulo a prosseguir, por compartilhar sua paixão pela vida e pelo otimismo e companhia nas horas mais difíceis;

À minha família, em especial minha mãe, pilar incansável, e meu marido, amor da e para toda a vida, por abraçarem meus projetos como se fossem seus, sofrendo e comemorando comigo por cada dificuldade e conquista: o amor de vocês é o combustível necessário para seguir em frente;

À minha filha, nossa pequena sapeca Lavínia. Pelos sorrisos e beijinhos inesgotáveis, mesmo quando a mamãe precisava se ausentar. Tu és o maior e mais lindo projeto das nossas vidas.

The unending gift

Un pintor nos prometió un cuadro.
Ahora, en New England, sé que ha muerto. Sentí, como otras
veces, la tristeza de comprender que somos como un sueño.
Pensé en el hombre y en el cuadro perdidos.
(Sólo los dioses pueden prometer, porque son inmortales.)
Pensé en un lugar prefijado que la tela no ocupará.
Pensé después: si estuviera ahí, sería con el tiempo una cosa más,
una cosa, una de las vanidades o hábitos de la casa;
ahora es ilimitada, incesante, capaz de cualquier forma y
cualquier color y no atada a ninguno.
Existe de algún modo. Vivirá y crecerá como una música y
estará conmigo hasta el fin. Gracias, Jorge Larco.
(También los hombres pueden prometer, porque en la promesa
hay algo inmortal.)

Jorge Luis Borges

RESUMO

Introdução: Inúmeras evidências já demonstraram a eficácia de uma variedade de modalidades de psicoterapia no tratamento de uma série de transtornos psicológicos e psiquiátricos. Quando se observa a produção de pesquisa em psicoterapias na atualidade, verifica-se que a compreensão dos aspectos que contribuem para a mudança continua a ser um desafio. **Objetivos:** Explorar de diferentes formas e perspectivas o processo terapêutico de uma Psicoterapia Psicanalítica de Longo Prazo através do Psychotherapy Process Q-Set (PQS) com vistas a levantar hipóteses sobre os mecanismos de ação terapêutica. **Método:** Trata-se de um estudo de caso sistemático. Os participantes foram uma paciente de 67 anos portadora de doenças crônicas (lupus, fibromialgia), que iniciou psicoterapia psicanalítica devido a problemas familiares e queixas somáticas. O tratamento foi conduzido por uma terapeuta experiente totalizando 30 meses e 120 sessões gravadas em vídeo e analisadas alternadamente (n=62) com o PQS. A concordância entre os juízes apresentou média de 0,71 (correlação de Pearson). Através de análise fatorial do tipo Q, foram identificadas as estruturas de interação desta díade. Utilizou-se o algoritmo random forest (machine learning) para identificar o melhor modelo preditivo de desconforto subjetivo, aferido através do Outcome Questionnaire (OQ-45). **Resultados:** Avaliação diagnóstica indicou traços de transtorno da personalidade dependente e obsessivo-compulsiva bem como transtorno de sintomas somáticos. Medidas de resultado demonstraram melhora em relação à sintomatologia. Foram identificadas 4 estruturas de interação que mostraram-se não lineares e mais ou menos salientes em diferentes etapas do tratamento. Além disso, mostraram validade clínica. Em relação aos protótipos, encontrou-se maior adesão ao protótipo de função reflexiva. Foi encontrado um modelo com Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve de 0.725, sensibilidade de 79%, especificidade de 62% e acurácia de 70.5% que indicou uma combinação de 6 variáveis representativas predominantemente de fatores específicos da técnica empregada como os preditores mais importantes de níveis de desconforto subjetivo. **Conclusão:** Em relação à personalidade, a paciente mostrou uma redução do funcionamento operatório, porém um incremento nos traços depressivos. Embora, haja uma piora aparente em relação aos níveis mais elevados de transtorno e síndromes, verificou-se a presença de níveis mais altos de indicadores de força do ego. As estruturas de interação identificadas são representativas tanto dos chamados fatores comuns às terapias (aliança terapêutica) como de fatores específicos da abordagem empregada (foco no afeto). Identificou-se que algumas das interações são independentes e outras relacionam-se ao longo do tempo. A adesão aos protótipos ideais corroborou estudos prévios que já haviam detectado que os tratamentos não são um reflexo perfeito das técnicas prescritas. A maior adesão ao protótipo de função reflexiva (construto que operacionaliza o conceito de mentalização) dá suporte à premissa de que a mentalização é um processo comum às terapias. Machine learning mostrou ser uma ferramenta inovadora e promissora no contexto da pesquisa de processo em psicoterapia. A partir dos dados obtidos, pode-se levantar hipóteses acerca das características e processos particulares da dupla em questão, bem como de processos mais gerais, relativos ao fenômeno psicoterapêutico e não exclusivos a este caso em particular.

Palavras-chave: Psicoterapia Psicanalítica; Processo Psicoterapêutico; Pesquisa em Psicoterapia; Pesquisa de Processo; Pesquisa de Resultados; Estruturas de Interação; Protótipos de Psicoterapia; Aprendizado de Máquinas.

ABSTRACT

Introduction: Many studies have shown consistent evidence of efficacy and effectiveness of psychodynamic psychotherapy in a wide range of disorders. However, an understanding of aspects that contribute to the psychological change in psychotherapy remains a challenge. **Objectives:** To examine under different perspectives the therapeutic process of a long-term psychoanalytic psychotherapy through the Psychotherapy Process Q-Set (PQS) in order to raise hypotheses about the mechanisms of therapeutic action. **Methods:** this is a systematic case study. The participants were a 67-year-old female patient with chronic diseases (lupus, fibromyalgia) who initiated psychoanalytic psychotherapy due to family problematic relationships and somatic complaints. The treatment was conducted by an experienced therapist reaching 30 months and 120 videotaped sessions analyzed alternately ($n = 62$) with PQS. The interrater reliability between the judges ranged from 0.60 to 0.90 with a mean of $r = 0.71$ (Pearson's correlation). The interaction structures were obtained through a principal-components exploratory factor analysis. A random forest algorithm (machine learning) was performed to find the best model predictive of high levels of patient distress, which was assessed by Outcome Questionnaire (OQ-45). **Results:** diagnostic evaluation indicated traits of dependent and obsessive-compulsive personality disorder as well as somatic symptom disorder (concrete and operative functioning mode). Outcome measures demonstrated improvement in symptomatology. Four interaction structures were identified that were non-linear and more or less salient in different treatment stages. In addition, they showed clinical validity. In relation to the prototypes, we found greater adherence to the reflective functioning prototype. The best random forest model differentiated high distress from low levels of distress with an AUC of 0.725, sensitivity of 79%, specificity of 62% and balanced accuracy of 70.5%. It indicated a combination of 6 variables predominantly representative of specific techniques used as the most important predictors of levels of distress. **Conclusion:** Regarding the personality, the patient showed a reduction in the operative functioning, but an increase in the depressive traits. Although there is an apparent worsening with regard to higher levels of disorder and presence of syndromes, there is symptomatic improvement and higher levels of ego force indicators. The interaction structures identified seem to be structures that represent, respectively, a specific factor of the approach employed (focus on affect) and a common factor (therapeutic alliance) to all therapies. In addition, some IS are independent and others related in time. Prototypes adherence are consistent with previous studies showing that psychotherapeutic process do not use to present "pure" models over time. The greater adherence to the reflective functioning prototype (construct that operationalizes the concept of mentalization) supports the premise that mentalization is a common process across therapies. Machine learning has proved to be an innovative and promising tool in the context of process research in psychotherapy. From the obtained data, it is possible to raise hypotheses about the characteristics and particular processes of the dyad patient-therapist in question, as well as of

more general processes, related to the psychotherapeutic phenomenon and not exclusive to this particular case.

Keywords: Psychoanalytic Psychotherapy; Psychotherapy Process; Psychotherapy Research; Process Research; Outcome Research; Interaction Structures, Psychotherapy Prototypes; Machine Learning.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	14
1.1 Breve histórico	14
1.2 Pesquisa em psicoterapia.....	15
1.3 Cenário atual da pesquisa em psicoterapia.....	17
1.3.1 Fatores comuns <i>versus</i> Fatores específicos	18
1.4 Estudo de caso único.....	20
1.5 <i>Psychotherapy Process Q-Set</i>	21
1.6 Psicoterapia e Transtornos da Personalidade.....	22
1.7 Pacientes somáticos.....	23
1.8 Perspectivas futuras.....	24
1.8.1 Psicoterapia e os manuais diagnósticos.....	24
1.8.2 Busca por novas metodologias.....	25
1.9 O presente estudo.....	27
1.10 Justificativa	30
2. OBJETIVOS -----	32
3. METODOLOGIA -----	33
3.1 Delineamento	33
3.2 Campo	33
3.3 Participantes	33
3.4 Critérios de inclusão.....	33
3.5 Critérios de exclusão.....	34
3.6 Instrumentos	34
3.7 Procedimentos.....	34
3.8 Análise de dados.....	35
3.9 Aspectos éticos.....	35
4. RESULTADOS -----	37
4.1 Artigo 1.....	37
4.2 Artigo 2	65
4.3 Artigo 3	86
4.4 Artigo 4	102
5. Considerações Finais-----	122
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	126
APÊNDICE A – Premiações.....	135

ANEXO 1– TCLE	136
ANEXO 2 – OQ-45	137
ANEXO 3 – Manual de aplicação do PQS.....	140
ANEXO 4 – Ficha de codificação do PQS.....	172

LISTA DE ABREVIATURAS

AUC	Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve
CBT	Terapia cognitivo-comportamental, do inglês cognitive behavioral therapy
RF	Função reflexiva, do inglês <i>reflective functioning</i>
IS	Estruturas de interação, do inglês <i>Interaction Structures</i>
LOOCV	Leave-one-out cross validation
OQ-45	<i>Outcome Questionnaire</i>
PDT	Psicoterapia psicanalítica, do inglês <i>Psychodynamic therapy</i>
PQS	Psychotherapy Process Q-Set
SWAP-200	Shedler and Westen assessment procedure
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TPs	Transtornos da personalidade

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Estudo sobre o processo terapêutico de uma psicoterapia psicanalítica de longo prazo”, que foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 15 de dezembro de 2017. Os estudos provenientes desta tese compõem a linha de pesquisa “Psicoterapias psicanalíticas: estudos sobre processo e efetividade”.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breve histórico

A partir de uma perspectiva histórica, a psicoterapia como um método de tratamento bem como um objeto de estudo pode ser considerada uma prática bastante recente. Embora para alguns ela seja apontada como um método antigo de cura, o "cuidado da alma" que remete, pelo menos, à Grécia antiga, suas primeiras sistematizações técnicas e teóricas datam do final do século 18 e podem ser compreendidas como fruto das profundas transformações sociais em movimento na época (1).

Nas sociedades tradicionais, o indivíduo adentrava o mundo já ligado a uma certa tradição, que lhe vinculava a uma posição e uma função social previamente determinadas através da filiação. Ou seja, o indivíduo dispunha de uma herança que o aguardava, na qual encontrava as restrições morais e os mitos que as legitimavam já claramente prescritos e vigentes no código da cultura. Porém, a passagem da visão medieval para a moderna concepção do mundo empreendeu sua marca na condução dos assuntos da vida em âmbito tanto coletivo quanto individual. A modernidade trouxe consigo um modelo individualista, em oposição ao coletivismo anterior e essas transformações repercutiram de forma profunda na vida mental e emocional dos indivíduos, tornando-a mais complexa e conseqüentemente mais vulnerável. A partir daí, surge a necessidade de aportes focados na psique, que se proponham a ajudar os sujeitos a darem conta dessas novas demandas: entre eles, a psicoterapia. A partir de então foi possível observar um crescimento gradativo e a proliferação de diferentes abordagens, até a conseqüente consolidação da psicoterapia enquanto ciência

independente, não mais sendo considerada apenas um ramo da psiquiatria ou psicologia clínica.

1.2. Pesquisa em psicoterapia

Os primeiros trabalhos considerados originários da pesquisa em psicoterapia são os Estudos sobre a Histeria de Breuer e Freud publicados em 1895 (2). Eles relatavam estudos de caso a partir de considerações sobre a neurofisiologia e aspectos psicológicos dos pacientes. Freud buscou suporte para suas hipóteses principalmente em seus casos clínicos. Através deles, ele podia explorar mais profundamente alguns aspectos do processo terapêutico e assim gerar hipóteses a serem investigadas de forma sistemática.

A pesquisa, de uma forma ou de outra, sempre acompanhou os desenvolvimentos da psicoterapia e refletiu os momentos pelos quais ela passou. Entre os possíveis entendimentos da história da pesquisa em psicoterapia, uma das alternativas propostas é dividi-la em quatro fases distintas (3). A primeira delas consistiria nas primeiras investigações e caracteriza-se, em linhas gerais, por uma preocupação em demonstrar a viabilidade e a necessidade de aplicar métodos científicos ao estudo da psicoterapia (4). Sua sistematização é descrita principalmente a partir da década de 1920.

A segunda fase, concebida a partir da metade da década de 1950, caracteriza-se por um crescimento significativo das investigações. De modo geral, os esforços neste período estão destinados a construir um campo de estudo da psicoterapia e levá-la a conquistar o reconhecimento científico bem como da sociedade em geral. Isso se reflete no crescente interesse por demonstrar a eficácia do método através de estudos de resultados bem como de estudos de processo direcionados à identificação de fatores necessários para a mudança terapêutica.

A terceira fase, compreendida entre os anos de 1970 e 1983, foi um período de expansão e refinamento dos aportes metodológicos tanto da investigação de resultados quanto da de processo. Novas ferramentas e técnicas estatísticas surgiram, tais como a metanálise, e através delas os pesquisadores puderam provar o valor e a utilidade da psicoterapia. Embora já tenham surgido estudos em períodos anteriores, é nesta fase que as investigações acerca da relação entre o processo e o resultado das psicoterapias floresce e ganha contornos mais robustos. Os pesquisadores passam a acreditar que este é o meio de se encontrar respostas para questões relacionadas aos mecanismos de ação terapêutica.

A quarta fase, entendida como o período iniciado na metade da década de 1980 até a atualidade, pode ser caracterizada por um aprofundamento das pesquisas sobre o processo terapêutico e também sobre sua relação com os resultados do tratamento. Além disso, destaca-se o surgimento das abordagens qualitativas e métodos mistos, refletindo o arrefecimento de uma postura que muito buscava justificar sua importância. Instaura-se um clima de descoberta, investigativo. Neste sentido, percebe-se o crescimento de estudos comparativos entre tratamentos bem sucedidos e mal sucedidos (5,6), foco em compartimentar o processo terapêutico para melhor compreendê-lo, buscando assim identificar os fatores relacionados ao paciente, ao terapeuta e a interação entre ambos (7,8). O aprofundamento em relação aos fatores relacionados à mudança terapêutica promovido nesta etapa inevitavelmente suscita uma série de outras questões e esses caminhos devem ser ainda percorridos nos próximos anos. Alguns pontos específicos que caracterizam o atual estágio da pesquisa em psicoterapia serão contemplados a seguir.

1.3. Cenário atual da pesquisa em psicoterapia

Como brevemente descrito anteriormente, a prática da psicoterapia evoluiu ao longo de mais de 100 anos através de vários modelos explicativos teóricos e, conseqüentemente, inúmeras variedades de técnicas. Algumas abordagens focam na centralidade da emoção, enquanto outras se concentram na cognição e comportamento manifesto. Simultaneamente, algumas técnicas exigem a "neutralidade" do psicoterapeuta, enquanto outras pregam um "engajamento ativo". A produção de conhecimentos muitas vezes parece dedicada à demonstração da "especificidade" – e de forma implícita, a "superioridade" - de um modelo particular de psicoterapia e, portanto, de uma técnica sobre outras.

Inúmeras evidências já demonstraram a eficácia de uma variedade de modalidades de psicoterapia no tratamento de uma série de transtornos psicológicos e psiquiátricos (9). Especificamente em relação à psicoterapia psicanalítica, intervenção contemplada nesta tese, ao longo dos últimos anos, muitos estudos vêm apresentando evidências consistentes da sua eficácia e efetividade especialmente nas modalidades breves e de formas específicas de psicoterapia psicanalítica de longo prazo relativas a uma ampla gama de transtornos e condições (10–12). Parece não haver mais dúvida em relação aos benefícios que o tratamento psicoterápico pode proporcionar.

No entanto, até o momento nenhuma modalidade de tratamento mostrou de forma satisfatória ser mais eficaz do que qualquer outra. Os debates sobre essa questão ainda são calorosos e parecem, por vezes, refletir posições pessoais e passionais (11,13,14). Um caminho que pode contribuir para o esclarecimento de questões como essa, pode ser delineado através do conhecimento de quais os ingredientes ativos que de fato produzem ou estão relacionados à mudança terapêutica. Em suma, uma vez que a eficácia de um tratamento é estabelecida, resta ainda muito para aprender sobre como, por que e em quais condições ele funciona.

Quando se observa a produção de pesquisa em psicoterapias na atualidade, verifica-se que a compreensão dos aspectos que contribuem para a mudança continua a ser um desafio. Ainda não há uma explicação baseada em evidência de como ou porque a maior parte das intervenções produz mudança, isto é, o que é importante para que um tratamento funcione (15). Conhecer os mecanismos de ação terapêutica pode elucidar conexões entre o que é feito e o que ocorre no tratamento (processo terapêutico) e os diversos resultados, permitindo direcionar melhor as estratégias que podem desencadear o processo de mudança em psicoterapia. Desta forma, os elementos efetivos podem ser focalizados potencializando assim os resultados positivos (16).

1.3.1. Fatores comuns *versus* Fatores específicos

Um dos pontos de grande interesse na atualidade consiste no debate em relação à primazia dos chamados fatores comuns às psicoterapias sobre os chamados fatores específicos e vice-versa. Por um lado, percebe-se um movimento que prima pela centralidade de técnicas específicas das abordagens como promotoras de mudança (o que podemos considerar "ingredientes específicos") e, por outro lado, um movimento centrado na interação pessoal como um promotor preponderante de resultados positivos (aspectos chamados de "fatores comuns", como empatia e aliança terapêutica).

Desde que Rosenzweig (17) propôs que são os elementos comuns às diferentes abordagens terapêuticas os responsáveis pelos benefícios proporcionados pela psicoterapia, esforços vêm sendo investidos para se identificar e sistematizar tais elementos. Neste sentido, dois metamodelos concorrentes são referidos no contexto de compreensão e explicação da natureza da psicoterapia (18). De um lado, o chamado Modelo Médico (*Medical Model*) pressupõe a existência de um transtorno ou problema que pode ser psicologicamente explicado e relacionado a um específico mecanismo de mudança que corresponde a uma

explicação teórica sobre ele. Assim, intervenções terapêuticas específicas devem ser usadas. O fato da denominação do modelo fazer referência à medicina é entendido em função de sua correspondência com a forma empregada nesta modalidade: uma doença específica pode ser curada através de uma substância (remédio) específica. Em outras palavras, este modelo está associado à pressuposição de que são os fatores específicos da técnica prescrita por cada abordagem psicoterápica os responsáveis pela ação terapêutica. De outro lado, o Modelo Contextual (*Contextual Model*) prega que são os elementos comuns às abordagens os ingredientes ativos no processo terapêutico. Originalmente proposto por Jerome Frank (19), defende que existem três vias que contribuem para a mudança em psicoterapia: o relacionamento com o terapeuta (alguém que ajuda), as expectativas de melhora do paciente e o esquema conceitual ou teórico específico que é fornecido (que seria o responsável por engajar o paciente). De acordo com o Contextual Model, se uma psicoterapia apresentar componentes representativos das três vias, ela será efetiva.

Existem fortes evidências empíricas dando suporte às contribuições dos fatores comuns aos resultados do tratamento (20). Entre eles, o mais investigado é sem dúvida a aliança terapêutica. A qualidade da aliança estabelecida entre terapeuta e paciente vem mostrando ser uma contribuição confiável para o resultado do tratamento em diversas abordagens diferentes. No entanto, após décadas de pesquisas e um enorme número de estudos, ainda não se sabe exatamente como a aliança produz mudanças. Ou seja, não se pode afirmar ainda através de quais mecanismos a aliança produz efeitos: alterando facetas fundamentais de afeto, da cognição ou do comportamento (21). Outros fatores comuns também têm demonstrado importantes tamanhos de efeito, tais como empatia (22) e consideração positiva (23).

Em relação aos fatores específicos, também existem evidências de sua efetividade nos tratamentos. No que diz respeito à PP, estudos que investigaram, por exemplo, a acurácia da

interpretação, verificaram que ela estava positivamente relacionada ao resultado na terapia interpessoal para a depressão (24). Além disso, achados também apontaram o insight como mediador do efeito das interpretações da transferência sobre o resultado do tratamento (25).

Como se pode perceber, tanto os fatores comuns como os específicos já demonstraram sua relevância para os resultados do tratamento. Alguns pesquisadores apontam para a direção de uma integração entre o que acreditam ser uma falsa dicotomia: fatores comuns e específicos não seriam entidades distintas, pelo contrário, provavelmente funcionem de forma simbiótica um com o outro, e é provável que, em qualquer psicoterapia, ambos estejam presentes e sejam potencialmente relevantes (15).

1.4. Estudo de caso único

Como citado anteriormente, estudar processo implica examinar variáveis complexas, multifacetadas e contextualizadas. Neste sentido, metodologicamente, o estudo de caso assume uma posição central (16). Sabe-se que muitos pesquisadores são um tanto reticentes quanto ao estudo de caso como estratégia de pesquisa confiável. Uma das razões subjacentes a esta crença pode estar relacionada a uma possível falta de compreensão da lógica básica da pesquisa de caso único, além do falso pressuposto de que estudos de caso são fáceis de realizar e, por isso, recomendáveis aos pesquisadores iniciantes. Tal crença desconsidera a complexidade inerente a esse tipo de metodologia de pesquisa e contribui para que muitos trabalhos sejam erroneamente considerados estudos de caso (16).

Muitos esforços vêm sendo realizados nos últimos anos com o intuito de desenvolver e qualificar instrumentos e metodologias aplicáveis ao estudo de caso (26,27). Psicoterapeutas vêm gradualmente aceitando alguns procedimentos, como a gravação das sessões e o uso de

novas formas de coleta e análise de dados, o que parece colaborar para o início de um novo estágio na pesquisa clínica especialmente nas abordagens psicanalíticas.

De acordo com Serralta e colaboradores (16), os estudos de caso, qualitativos ou quantitativos, sistemáticos e intensivos são extremamente relevantes e úteis no estudo das psicoterapias. Com a adição de alguns refinamentos e cuidados metodológicos, o estudo de caso pode, portanto, constituir-se uma ferramenta poderosa na compreensão do processo de mudança, possibilitando, assim, a geração de novas teorias e o teste das já existentes, e ainda permitindo que as psicoterapias sejam estudadas levando em consideração a dimensão subjetiva inerente ao encontro terapêutico (28). Sua relativa baixa intrusão na condução do tratamento permite que ele seja utilizado no estudo de dados naturalísticos, oriundos da atividade clínica usual - e não de situações artificiais -, de modo a contemplar tanto os requisitos da ciência como os da prática clínica.

1.5. *Psychotherapy Process Q-Set*

Com o objetivo de investigar o processo terapêutico, foi desenvolvido o instrumento Psychotherapy Process Q-Set (PQS) (29). Aplicável à sessão terapêutica gravada em áudio e/ou vídeo (unidade de análise), ele promove uma descrição detalhada e abrangente dos elementos do processo terapêutico em termos clinicamente relevantes e, ao mesmo tempo, compatíveis com análises quantitativas e comparativas. Dessa forma, contribui para a superação da histórica dissociação entre a atividade clínica e a pesquisa em psicoterapia. O PQS tem sido utilizado, com sucesso, para estabelecer, empiricamente, relações causais entre o processo terapêutico e a mudança psíquica em delineamentos de caso único ou de múltiplos casos. Foi baseado nesses estudos que Jones formulou o construto “estruturas de interação” (aspectos manifestos, comportamentais e emocionais da transferência e contratransferência) e

desenvolveu uma teoria de ação terapêutica (da psicanálise e psicoterapia psicanalítica) que conjuga os efeitos do *insight* e do relacionamento paciente-terapeuta sobre os resultados do tratamento. Além deste aspecto, o PQS também tem sido utilizado para comparar o processo terapêutico de diferentes psicoterapias, identificar os fatores do processo que melhor predizem os resultados terapêuticos, investigar diferenças entre fases de tratamento, examinar o processo de formulação das hipóteses clínicas dos psicoterapeutas, determinar protótipos de diferentes tratamentos psicanalíticos e psicoterápicos, entre outras aplicações descritas na literatura. Com o auxílio de análises de séries temporais, dados oriundos do PQS possibilitam a avaliação dos efeitos preditivos do processo sobre os resultados terapêuticos (30).

O PQS baseia-se na gravação em vídeo ou áudio das sessões de tratamento, ponto sempre bastante controverso entre clínicos e pesquisadores especialmente da área psicanalítica. No entanto, um estudo metanalítico (31), utilizando uma amostra de 46 tratamentos de psicoterapia psicodinâmica, comparou o subgrupo que utilizou gravação em áudio/vídeo (além de outros procedimentos) com controles que não utilizaram tais recursos. Não foi detectada diferença estatisticamente significativa nas avaliações pós-tratamento.

1.6. Psicoterapia e Transtornos da Personalidade

De acordo com a definição do DSM-5 (32), os Transtornos da Personalidade (TP) descrevem um padrão persistente de emoções, cognição e comportamentos que resultam em sofrimento emocional persistente para a pessoa afetada e / ou para os que convivem com ela. Estes sintomas se desviam marcadamente do que é esperado do indivíduo dentro de sua cultura. São penetrantes e inflexíveis, com frequência causando dificuldades no trabalho e nas relações sociais, trazendo angústia ou prejuízos ao indivíduo. Os TPs podem ser divididos em três conjuntos distintos, a saber: o denominado Grupo A, que engloba os transtornos da personalidade Paranoide, Esquizoide e Esquizotípica; o chamado Grupo B, que concentra os

transtornos da personalidade Antissocial, Borderline, Narcisista e Histriônica; e, por fim, o Grupo C, que compreende os transtornos da personalidade Esquiva, Dependente e Obsessivo-compulsiva. A prevalência dos TPs foi abordada por poucos estudos com uma metodologia adequada, capaz de representar a população nos dados da amostra. De um modo geral, tais estudos apontaram para uma prevalência de TPs na população mundial próxima a 6%, sendo que a maior parte deles indica que o grupo predominante é o Grupo C, com prevalências estimadas de 2,4 a 9,4% (33). Individualmente, as estimativas de prevalência dos TPs, no entanto, têm pouca consistência, mas os TPs Obsessivo-compulsiva, Esquiva, Paranoide e Esquizoide parecem ser prevalentes (34,35).

Os resultados de duas metanálises demonstraram a eficácia da psicoterapia psicanalítica no tratamento dos TPs (36,37). Especificamente em relação aos TPs do Cluster C, dois ensaios clínicos reportaram evidências de sua eficácia sem diferenças no desfecho em comparação com terapia cognitivo-comportamental (11,31,38).

Leichsenring e Rabung (38) conduziram um estudo metanalítico para investigar se a psicoterapia psicanalítica de longo prazo é superior à psicoterapia breve no tratamento de transtornos da personalidade. Compuseram a pesquisa estudos compreendidos entre janeiro de 1960 e abril de 2010. O principal resultado indicou que a psicoterapia psicanalítica de longo prazo é superior a formas mais breves de psicoterapia no tratamento de tais transtornos.

1.7. Pacientes somáticos

Os transtornos somáticos são altamente prevalentes na prática clínica e estão presentes em 10-20% dos pacientes da atenção primária (39). Eles estão associados com altas taxas de uso do sistema de saúde pública, resultando em altos custos, e muitas vezes são considerados

"difíceis de tratar". Estes pacientes são marcadamente heterogêneos em relação aos fatores que contribuem para a sua doença, sintomas e resposta ao tratamento (40). Além disso, muitos desses pacientes costumam ter dificuldades em identificar qualquer conexão possível entre sua vida emocional e sua doença física (41).

Em relação à PP, há um substancial corpo de evidências de sua eficácia em distúrbios somatoformes, agora referidos como transtorno de sintomas somáticos no DSM-5. A evidência de ensaios clínicos randomizados (ECR) está disponível para síndrome do intestino irritável, dispepsia funcional e distúrbio da dor somatoforme. Em cada um desses ECRs, a PP foi superior ao tratamento usual ou terapia suportiva. Além disso, os resultados de uma meta-análise mostraram que a PP parece ser eficaz em pacientes com distúrbios somáticos (11).

1.8. Perspectivas futuras

1.8.1. Psicoterapia e os manuais diagnósticos

Dentre os pontos que caracterizam o cenário atual da pesquisa em psicoterapia, recentemente destaca-se o foco cada vez maior em processos psicológicos subjacentes em detrimento ao rigor em relação ao cumprimento dos critérios diagnósticos. Variáveis psicológicas, tais como funções cognitivas, regulação do afeto, traços de personalidade e padrão de apego vêm sendo cada vez mais consideradas como desempenhando papel relevante no funcionamento dos pacientes quando comparadas com os diagnósticos nosológicos dos manuais (42,43). O desenvolvimento da premissa “psicoterapias baseadas em evidências” fomentou uma prática tanto clínica quanto investigativa concentrada em

direcionar os tratamentos e pesquisas a transtornos específicos. Tais transtornos incluem síndromes distintas (conjuntos de sintomas) e dividem-se em mais de 400 tipos e subtipos (32). Isso significa que os tratamentos foram (e ainda continuam a ser) desenvolvidos com o foco voltado ao transtorno.

No entanto, muitos fatores certamente contribuíram para que uma perceptível mudança venha se delineando nesse aspecto recentemente. Entre eles, podemos destacar o fato de que indivíduos (crianças ou adultos) que atendem aos critérios de um transtorno psiquiátrico comumente também satisfazem critérios para pelo menos mais um outro transtorno. Outro ponto pode estar ligado aos processos subjacentes que predizem e mantêm "diferentes transtornos" e que são muitas vezes bastante semelhantes (44). Além disso, muitos transtornos compartilham vários processos psicológicos, como a resposta ao estresse ou características de sono (45,46). Ou seja, embora os transtornos psiquiátricos tenham, sem dúvida, características únicas, eles também apresentam muitos pontos em comum. Nesse sentido, uma visão alternativa aos tratamentos centrados no transtorno surgiu envolvendo duas áreas relacionadas de pesquisa: transdiagnóstico e transtratamento (47). Transdiagnóstico refere-se ao estudo de processos que abrangem diferentes manifestações de disfunção clínica, tais como processos psicológicos centrais envolvendo, por exemplo, regulação do afeto (48), cognição (49), influências e experiências ambientais (por exemplo, exposição a trauma, violência) e fatores biológicos. A partir daí, desenvolveu-se a ideia de transtratamentos, ou seja, psicoterapias voltadas a certas características, que podem ser compartilhadas por diferentes transtornos, e não direcionadas a diagnósticos estruturais (50).

1.8.2. Busca por novas metodologias

A partir do exposto anteriormente, pode-se perceber que o debate acerca de quais são os ingredientes ativos que contribuem para a mudança em psicoterapia acompanha pesquisadores desde os primórdios da investigação nessa área. Embora muito se tenha avançado, essa pergunta permanece sem respostas conclusivas. Muitos pesquisadores têm apontado para a necessidade de construção de novas metodologias capazes de apreender a complexidade inerente ao fenômeno estudado. O encontro psicoterapêutico pode ser considerado um sistema complexo, onde inúmeras variáveis interagem entre si em diferentes direções e níveis. As características e intervenções do terapeuta, características e atitudes do paciente, bem como a atmosfera resultante das interações entre ambos, constituem um universo de possibilidades. É possível entender muitas partes de tais relações interconectadas, mas a dimensão mais complexa do fenômeno não pode ser entendida por um simples sistema de causa e efeito linear.

Abordagens quantitativas mais elaboradas vêm sendo desenvolvidas por pesquisadores com o intuito de apreender possíveis padrões tanto dentro de uma sessão quanto entre sessões durante um tratamento. São exemplos a análise da curva de crescimento (51,52), análises de séries temporais multivariadas (53,54). Estas técnicas compartilham um enfoque longitudinal ao contemplarem as variáveis investigadas (55). Ou seja, consideram o processo terapêutico em sua dimensão temporal.

O avanço da tecnologia informática proporcionou um aumento rápido da capacidade de armazenamento e do poder de processamento dos computadores, possibilitando análises complexas de dados. Diversas áreas da medicina têm usado abordagens de aprendizado de máquinas (*machine learning*) para aumentar a precisão da predição de desfechos, tais como o estadiamento do câncer (56), resultados da radioterapia (57) e sobrevivência ao câncer (58). Pesquisadores de saúde mental também estão usando essas técnicas para predizer resultados em doenças psiquiátricas. Os algoritmos de aprendizado de máquinas estão sendo utilizados

para avaliar características do transtorno depressivo maior (59), melhorando o diagnóstico diferencial (60) e até características específicas, como suicídio entre os transtornos do humor (61).

O campo da pesquisa de processo é uma área da investigação em psicoterapia extremamente ampla, que envolve domínios multifatoriais e relações complexas. Entretanto, observa-se uma tendência de os fenômenos serem avaliados em estudos através de análises lineares. Nesse sentido, o aprendizado de máquinas surge como uma possibilidade de compreender as inter-relações entre diferentes fatores em um plano analítico de maior complexidade. No entanto, este é um crescente campo de estudo que ainda precisa ser aperfeiçoado. Esta nova abordagem é ainda bastante recente no campo da psicoterapia e pouquíssimos estudos estão disponíveis (62,63).

1.9. O presente estudo

Desde sua concepção, esta investigação sempre se constituiu como um estudo pertencente ao campo da pesquisa de processo em psicoterapia. A escolha metodológica pautou-se pelos objetivos estabelecidos: o estudo de caso é um dos métodos de eleição quando se pretende acessar dados de forma sistemática e especialmente relacionar as características do processo terapêutico com os resultados do tratamento. Os procedimentos e instrumentos adotados também foram pensados com o intuito de interferir o mínimo possível na experiência do paciente e do terapeuta uma vez que as sessões seriam gravadas e acreditávamos que essa já seria uma interferência importante.

A inclusão da paciente no protocolo da pesquisa obedeceu aos critérios que serão expostos mais detalhadamente a seguir. Este caso é parte de um projeto mais amplo, que tinha por objetivo investigar o processo terapêutico e suas implicações no tratamento dos

transtornos da personalidade do Cluster C. No entanto, como acontece na prática clínica, ao longo dos tratamentos com nossos pacientes percebemos que certos traços/características muitas vezes acabam se sobressaindo em relação a outros. No caso da paciente em questão, a configuração da personalidade acabou sendo coadjuvante. Suas dificuldades com relação às doenças crônicas e sintomas somáticos não foram apenas o desencadeante de sua busca por atendimento. Além de representarem uma limitação física, também refletiram uma forma de relação da paciente com seu mundo interno: o funcionamento concreto e o empobrecimento de seu repertório emocional foram os protagonistas, marcando de forma proeminente o processo terapêutico.

Inicialmente, estava prevista a utilização de análises de séries temporais com vistas a investigar a possível relação entre aspectos do processo terapêutico e os resultados do tratamento. As variáveis investigadas seriam tanto a adesão aos protótipos de psicoterapia como as estruturas de interação e sua influência no progresso terapêutico mensurado pelo OQ-45. Este tipo de análise possibilita a avaliação dos efeitos preditivos do processo sobre os resultados terapêuticos. No entanto, as variáveis investigadas não apresentaram nenhum modelo de autocorrelação e, conseqüentemente, não se ajustariam a modelos autorregressivos como os empregados nas análises de séries temporais. Essa característica dos dados pode ser explicada por uma ausência de intervalos constantes entre as medidas ou ainda porque em alguns momentos os intervalos entre as medidas foram grandes demais (por exemplo, em ocasiões de férias da terapeuta). Uma outra possível explicação poderia estar relacionada ao número de medidas do OQ-45, que pode ser considerado pequeno e, com isso, causaria uma redução no poder estatístico das análises.

Os resultados desta tese serão apresentados em formato de quatro artigos seguindo as normas das Revistas científicas às quais eles foram ou serão ainda submetidos. O primeiro artigo, submetido ao *British Journal of Psychotherapy* em 04 de junho de 2017, intitula-se

“From soma to psyche: An outcome evaluation of a psychodynamic psychotherapy in a patient with somatic symptoms and chronic diseases”. Nele, são apresentados os resultados do tratamento e algumas interpretações possíveis a partir de um viés especialmente clínico.

O segundo e o terceiro artigos propõem-se a explorar as duas linhas de investigação tradicionalmente propostas pelo PQS. O primeiro deles (artigo 2) intitula-se *“Interaction structures in the psychodynamic psychotherapy of a patient with chronic diseases and somatic symptoms”* e apresenta um viés ideográfico ao buscar identificar estruturas de interação (padrões de interação que se repetem ao longo do tratamento) entre a díade paciente - terapeuta. Este trabalho foi submetido para publicação no periódico *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* e aceito para publicação em 22 de agosto de 2018.

O artigo número 3, intitulado *“Mentalizing as a prominent process in the treatment of a patient with chronic diseases and somatic symptoms”*, apresenta através de um relatório breve (*brief report*) a adesão do tratamento como um todo e também a adesão do terapeuta aos protótipos de três abordagens diferentes de psicoterapia, a saber, psicanalítica, cognitivo-comportamental e baseada na mentalização (operacionalizada através da função reflexiva). Este artigo ilustra um viés normativo ao estudo do processo terapêutico e busca testar a hipótese de que a mentalização pode ser um fator comum às diferentes modalidades terapêuticas.

Por fim, o artigo 4, intitula-se *“A machine learning approach to understand the relationship between therapist factors and patient distress in psychodynamic psychotherapy”* e apresenta a proposta de uma nova metodologia ao estudo do processo psicoterápico. A partir da premissa de que o encontro terapêutico é um fenômeno complexo, onde inúmeras variáveis atuam simultaneamente e de forma não linear, testamos uma nova ferramenta capaz de apreender tal complexidade. Desta forma, a presente tese dá um passo adiante em relação às metodologias até aqui empregadas e pretende assim contribuir para o surgimento de novas

respostas às perguntas que há tanto acompanham pesquisadores e clínicos no campo da pesquisa de processo em psicoterapia.

1.10. Justificativa

Como já descrito anteriormente, ao longo das últimas décadas, diferentes abordagens metodológicas bem como diferentes estratégias de análise de dados surgiram no campo da pesquisa de processo em psicoterapia. Apesar de uma enorme quantidade de dados empíricos já estarem disponíveis, a questão sobre quais são os ingredientes ativos que promovem a mudança terapêutica permanece intrigando pesquisadores (64,65).

Embora o Veredicto de Dodô (66), em referência aos achados que indicam que diferentes modalidades de psicoterapia produzem resultados aproximadamente equivalentes ainda seja foco de debate (18), ele não configura a principal justificativa para o estudo dos fatores comuns e específicos e sua relevância para o processo de mudança em psicoterapia. A investigação acerca da ação terapêutica contribui à área de ensino, fomenta a discussão teoria-técnica e auxilia no aprimoramento de terapeutas em formação. Além disso, gera conhecimento que favorece o atendimento adequado das demandas dos pacientes e repercute no sistema público de saúde, no momento em que intervenções custo-efetivas podem ser implementadas (67). Assim, conhecer o processo das psicoterapias independentemente de sua orientação teórica e duração, seja de curto ou de longo prazo, pode ser fundamental para identificar quais pacientes se beneficiarão suficientemente da primeira e quais necessitarão da segunda. Além de uma perspectiva clínica, contempla-se também um importante aspecto econômico em sua dimensão temporal e financeira.

Especificamente no contexto brasileiro, as pesquisas em psicoterapia, especialmente no que tange ao processo psicoterápico, ainda são incipientes. Existem poucos estudos sistemáticos e a avaliação do processo bem como o conseqüente efeito das intervenções psicológicas permanece sendo um importante desafio para pesquisadores e clínicos. Portanto, além de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa de processo em psicoterapia como um todo, o presente estudo também pretende contribuir para a construção do conhecimento sobre essa prática bastante difundida porém pouco estudada empiricamente no contexto da nossa cultura.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Explorar de diferentes formas e perspectivas o processo terapêutico de uma Psicoterapia Psicanalítica de Longo Prazo através do Psychotherapy Process Q-Set (PQS) com vistas a levantar hipóteses sobre os mecanismos de ação terapêutica.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Avaliar os resultados da Psicoterapia Psicanalítica de Longo Prazo no tratamento de uma paciente idosa, com doenças crônicas e sintomas somáticos nos aspectos: progresso terapêutico e traços da personalidade;
- 2.2.2. Identificar as estruturas de interação (padrões de interação recíproca) que caracterizaram o processo terapêutico e como elas se relacionaram entre si ao longo do tempo;
- 2.2.3. Verificar a adesão do processo terapêutico aos protótipos de psicoterapia psicodinâmica, terapia cognitivo-comportamental e função reflexiva;
- 2.2.4. Identificar através do uso de algoritmos de *machine learning* quais são os fatores do terapeuta que predizem desconforto subjetivo do paciente após as sessões de psicoterapia psicanalítica.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento

Trata-se de um estudo de caso sistemático.

3.2. Campo

Ambulatório do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia localizado na cidade de Porto Alegre, RS.

3.3. Participantes

1 dupla paciente - terapeuta

3.4. Critérios de Inclusão

Terapeuta

1. Experiência de cinco anos em atendimento em psicoterapia;
2. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica há no mínimo três anos.

Paciente

1. Diagnóstico ou traços de Transtorno de Personalidade do Cluster C;
2. Indicação para psicoterapia psicanalítica;
3. Concordância em gravar as sessões.

Será considerada a frequência mínima de uma sessão semanal.

Para avaliação do diagnóstico do paciente, será utilizado o diagnóstico clínico fornecido pelo terapeuta, de acordo com o DSM-IV associado ao instrumento SWAP-200.

3.5. Critérios de Exclusão

1. Uso de medicação psicotrópica ou não utilizando dose estável há pelo menos quatro meses;
2. Risco significativo de suicídio;
3. Histórico de tentativa de suicídio;
4. Histórico de internação psiquiátrica;
5. Presença de sintomatologia psicótica;
6. Presença de sintomatologia maníaca ou hipomaníaca;
7. Abuso de substâncias químicas;
8. Pacientes menores de 18 anos.

3.6. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Outcome Questionnaire (OQ-45)
2. Shedler and Westen Assessment Procedure (SWAP-200)
3. Psychotherapy Process Q-Set (PQS)

Suas descrição e aplicação serão apresentadas na seção de metodologia de cada artigo.

3.7. Procedimentos

Avaliação inicial: após a explicação acerca de todos os procedimentos relacionados à pesquisa e a obtenção do consentimento livre e esclarecido, a paciente participou de uma entrevista, conduzida por um pesquisador da equipe, para determinar se ela preenchia os critérios para inclusão/exclusão do protocolo da pesquisa.

Psicoterapia: o tratamento não seguiu nenhum manual. O terapeuta esteve livre para conduzir o tratamento da mesma forma que o faz usualmente em sua prática. Todas as sessões foram gravadas em vídeo com o devido consentimento tanto do paciente quanto do terapeuta.

Avaliações: após a primeira sessão, a cada mês ou 4 sessões, a paciente preencheu o instrumento OQ-45. O instrumento SWAP-200 foi utilizado de forma independente no início e ao final do tratamento por dois juízes externos designados pelo pesquisador. A avaliação do processo terapêutico foi realizada por juízes externos que avaliaram uma a cada duas sessões (n = 62).

3.8. Análise dos Dados

Os dados foram analisados no SPSS *Statistics for Mac* versão 21.0 e no R *software program*, versão 3.2.3.

As análises específicas estão descritas em cada um dos artigos.

3.9. Aspectos Éticos

O estudo seguiu as condições estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as normativas internacionais para pesquisas com seres

humanos serão observadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (TCLE carimbado encontra-se no anexo 1) sob a Resolução 137/2011.

A paciente foi convidada a assinar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido, permitindo que os dados do seu atendimento sejam utilizados para fins científicos e de ensino. Recebeu garantia de tratamento independentemente de aceitar participar da pesquisa ou mediante desistência em qualquer momento. Sua identidade bem como a do terapeuta serão mantidas sob sigilo. A análise dos dados iniciou apenas após a coleta ser finalizada. Os instrumentos preenchidos estão arquivados, confidencialmente, por um período de 5 (cinco) anos.

4. RESULTADOS

4.1. Artigo 1

From soma to psyche: An outcome evaluation of a psychodynamic psychotherapy in a patient with somatic symptoms and chronic diseases

Encontra-se em processo de revisão, no formato *Original Manuscript*, no periódico **British Journal of Psychotherapy**. A submissão foi concluída em 08 de junho de 2017.

Artigo apresentado na versão em inglês e em concordância com as exigências da revista.

**From soma to psyche: An outcome evaluation of a psychodynamic psychotherapy
in a patient with somatic symptoms and chronic diseases**

Pricilla Braga Laskoski – Psychologist, PhD candidate in Psychiatry and Behavioral Sciences at Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Fernanda Barcellos Serralta - Psychologist, PhD in Psychiatry and Behavioral Sciences, Professor at Universidade do Vale do Rio Dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brazil.

Alcina Juliana Soares Barros – Psychiatrist, PhD candidate in Psychiatry and Behavioral Sciences at Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Stefania Pigatto Teche – Psychiatrist at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), MSc in Psychiatry and Behavioral Sciences at Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Simone Hauck – Psychiatrist, PhD in Psychiatry and Behavioral Sciences, Professor at Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Cláudio Laks Eizirik – Psychiatrist and psychoanalyst, PhD in Psychiatry and Behavioral Sciences, Professor at Federal University of Rio Grande do Sul, Training and Supervising Analyst at the Psychoanalytic Society of Porto Alegre, RS, Brazil.

Abstract

This paper aims to present the outcomes of a psychodynamic psychotherapy of a patient with somatic symptom disorder and chronic diseases in a naturalistic setting. The whole treatment lasted 30 months, reaching 120 weekly sessions, and was interrupted by the patient. The treatment was considered successful in terms of its results. Regarding symptomatic evaluation

(assessed by OQ-45), the patient showed an improvement, especially during three months follow-up assessment configuring a change from dysfunction to functionality. In relation to personality evaluation (assessed by SWAP-200), although structural changes were not completed, the patient achieved a high level of overall functioning (i.e. strengthening of the ego). The clinical evaluation and the measures provided by the instruments were complementary. This study showed that psychodynamic psychotherapy can help patients demonstrating characteristics such as chronic diseases and operative functioning. Moreover, the pluralistic perspective when evaluating treatment outcome proved to be very useful to enrich the understanding of the case idiosyncrasies.

Keywords: Psychodynamic Psychotherapy; Psychosomatics; Outcome Research; Single-case Study; Somatic Symptom Disorder; Chronic Diseases.

4.2. Artigo 2

Interaction structures in the psychodynamic psychotherapy of a patient with chronic diseases and somatic symptoms

Artigo aceito para publicação no periódico **Trends in Psychiatry and Psychotherapy** no formato *Original Manuscript*.

Artigo apresentado na versão em inglês e em concordância com as exigências da revista.

**Interaction structures in the psychodynamic psychotherapy of a patient with
chronic diseases and somatic symptoms**

Short title: Interaction structures in psychotherapy

Pricilla Braga Laskoski¹, Simone Hauck^{1 3}, Stefania Pigatto Teche^{1 3}, Carolina Stopinski Padoan¹, Alcina Juliana Soares Barros¹, Fernanda Barcellos Serralta², Cláudio Laks Eizirik¹

¹ Post-Graduation Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Department of Psychiatry and Legal Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil-

² Post-Graduation Program in Clinical Psychology, University of the Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brazil-

³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil

Corresponding author:

Pricilla Braga Laskoski

Federal University of Rio Grande do Sul

Avenida Ramiro Barcelos, 2350, Zip Code: 90035-903, Porto Alegre-RS, Brazil

Phone: +55 51 3308 5624

Email: pricillab@hotmail.com

Funding Sources

This research was funded by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). The funding source did not play any role in the collection, analysis, interpretation of the data, manuscript writing, or the decision to submit for publication.

Conflicts of Interest

On behalf of all authors I assure that there are no conflicts of interest between the authors and the institution where the project was developed. The data contained in the manuscript submitted have not been previously published, and the authors assure that they will not submit it elsewhere while it is under consideration by *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*

This study was previously presented and awarded the first place in Psychotherapy's category (Professor David E. Zimmerman Award) during XIII Congresso Gaúcho de Psiquiatria (Bento Gonçalves, RS, August 17th to 19th 2017).

Abstract

Objective: This study aimed to identify and analyse the interaction structures (ISs) (patterns of reciprocal interaction between the patient–therapist dyad) that characterise the process of a successful long-term psychoanalytic psychotherapy (28 months) of a patient with chronic diseases (lupus and fibromyalgia) and somatic symptoms. **Methods:** The 113 sessions were videotaped and analysed alternately ($n = 60$) by independent judges using the Psychotherapy Process Q-Set. The inter-rater reliability ranged from .60 to .90 with a mean of $r = .71$ (Pearson's correlation). Through a principal component exploratory factor analysis, four ISs were identified. **Results:** The patterns of interaction between patient and therapist showed clinical validity (*i.e.* they were easily interpretable in the context of the case under study). The ISs were non-linear and more or less prominent across different treatment sessions and stages. Some ISs were similar to those in other studies, and others were probably unique to the

present process. In addition, some ISs were independent, whereas others were interrelated over time. **Conclusion:** Process studies, such as the present study, seek to address questions about the characteristics of the interaction between patient and therapist as well as identify particular patterns of interaction that are most prominent with a specific patient at a specific condition or time. Therefore, these studies can provide some support in establishing knowledge for clinical practice, assisting in the training of therapists, as well as in the elaboration of general guidelines for the technical management of patients with specific characteristics.

Keywords: Psychodynamic psychotherapy; Interaction structures; Psychotherapeutic process; Process research.

4.3. Artigo 3

Mentalizing as a prominent process in the treatment of a somatic patient

Artigo escrito em formato *Brief Report* e ainda não submetido a nenhum periódico.

Será apresentado na versão em inglês.

Mentalizing as a prominent process in the treatment of a somatic patient

Pricilla Braga Laskoski, Simone Hauck, Cláudio Laks Eizirik, Fernanda Barcellos Serralta

Abstract

This study aimed at investigating the adherence of a single long-term psychodynamic treatment of a patient belonging to the psychosomatic spectrum to three different psychotherapy prototypes (psychodynamic, cognitive and reflective functioning). The 120 sessions were videotaped and analyzed alternately ($n = 62$) with the Psychotherapy Process Q-Set. In order to determine whether the actual therapy process conformed most closely to the prototypes both in terms of the full process and at the therapist component level, we conducted a series of paired t tests comparing adherence scores within each session. Contrary to expectation, the psychotherapeutic process was characterized by moderate adherence to both psychodynamic (PDT) and cognitive (CBT) prototypes and also by greater adherence to the reflective functioning (RF) prototype. Regarding therapist variables, the treatment showed greater conformity to the RF prototype, followed by PDT prototype and as expected low conformity with the CBT prototype. This case suggests that enhancing mentalization could be an implicit process inherent to conceptually distinct treatments like PDT and thus may be related to the symptomatic improvement reached by the patient. Furthermore, the findings suggest that, independent of treatment approach, considering psychosomatic patients, interventions aimed at enhancing mentalization could be attempted.

Keywords: Mentalizing; Psychodynamic Psychotherapy; Cognitive Behavioural Therapy; Process Research; Psychotherapy Prototypes; Psychosomatics; Somatic Symptom Disorder.

4.4. Artigo 4

A machine learning approach to understand the relationship between therapist factors and patient distress in psychodynamic psychotherapy

Artigo escrito em formato *Original Article* e ainda não submetido a nenhum periódico.

Será apresentado na versão em inglês.

A machine learning approach to understand the relationship between therapist factors and patient distress in psychodynamic psychotherapy

Pricilla Braga Laskoski¹, Gabriela Massaro Carneiro Monteiro³, Fernanda Barcellos Serralta²,
Cláudio Laks Eizirik¹, Ives Cavalcante Passos^{1 3}, Simone Hauck^{1 3}

¹ Graduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Department of Psychiatry and Legal Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil

² Graduate Program in Clinical Psychology, University of the Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brazil

³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil

Abstract

Objective: To present a methodology that provides a new way for the study of the psychotherapeutic process through the identification of the therapist's factors that affect a patient's mental state during a psychotherapy session. **Methods:** We presented a psychodynamic psychotherapy case composed of 120 videotaped sessions. Distress was assessed by Outcome Questionnaire (OQ-45) and therapist effects by Psychotherapy Process Q-Set (PQS). We assumed a classification problem with the PQS items associated with therapist interventions as input data. Recursive feature elimination was performed with leave-one-out cross validation (LOOCV) using a random forest algorithm and we tuned the algorithm to select 6 variables to avoid overfitting. We used the selected variables to create predictive models with the random forest algorithm. **Results:** The best random forest model differentiated high from low levels of distress with an Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (AUC) of 0.725, sensitivity of 79%, specificity of 62% and balanced

accuracy of 70.5%. The best model indicated a combination of 6 variables composed predominantly of specific factors of the approach employed as the most relevant predictors of levels of distress. **Conclusion:** This study showed that machine learning approach can be a useful tool in promoting process research advancement.

Keywords: Machine Learning; Psychoanalysis; Psychodynamic Psychotherapy; Psychotherapy Process Research; Distress.

Funding Sources

This research was funded by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). The funding source did not play any role in the collection, analysis, interpretation of the data, manuscript writing, or the decision to submit for publication.

Disclosure of interest

The authors report no conflicts of interest.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese apresentou o estudo do processo terapêutico de uma paciente com doenças crônicas e sintomas somáticos atendida em psicoterapia psicanalítica por uma terapeuta experiente. A principal via de acesso ao seu objeto de estudo deu-se através do Psychotherapy Process Q-Set, um instrumento desenhado com a finalidade de fornecer descrições do processo terapêutico passíveis de análises quantitativas independentemente da abordagem empregada. Foram contempladas as duas principais linhas de estudo propostas pelo instrumento: uma abordagem ideográfica (artigo 2) e um olhar normativo (artigo 3). Além disso, foi introduzida uma nova proposta metodológica para o estudo do processo terapêutico (artigo 4).

O PQS já vem sendo amplamente utilizado por pesquisadores de diferentes abordagens e suas contribuições ao estudo do processo terapêutico são notáveis. Nesta tese, ele novamente demonstrou sua grande utilidade e, mais do que isso, provou que suas potencialidades não se esgotaram. Seus pontos fortes residem em sua capacidade de capturar o processo de terapia em linguagem neutra e descritiva, permitindo que pesquisadores de diferentes orientações teóricas se comuniquem sobre os ingredientes ativos do tratamento. Sua aplicação requer um treinamento intensivo dos juízes, o que pode demandar bastante tempo e investimento até que a compreensão de seus 100 itens seja suficientemente completa a ponto de se alcançar boa fidedignidade entre avaliadores.

De modo geral, o conjunto dos quatro artigos ilustra diferentes maneiras de descrever sistematicamente os vários aspectos e dimensões do processo terapêutico examinado. A partir dos dados obtidos, pode-se levantar hipóteses acerca das características e processos particulares da dupla em questão, bem como de processos mais gerais, relativos ao fenômeno psicoterapêutico e não exclusivos a este caso em particular.

No primeiro artigo foram apresentados e discutidos os resultados do tratamento a partir de diferentes pontos de vista: instrumentos de autorrelato, avaliação por juízes externos, avaliação do terapeuta e também do paciente. Verificou-se que a paciente demonstrou melhora sintomática importante, salientada por ela mesma na entrevista de follow-up. Em relação à personalidade, ao final do tratamento, a paciente mostrou uma redução do funcionamento operatório, porém apresentou um incremento nos traços depressivos de sua personalidade. Embora, se considerado fora do contexto das outras medidas, haja uma piora aparente em relação aos níveis mais elevados de transtorno e síndromes, verificou-se a presença de níveis mais altos de indicadores de força do ego. A avaliação clínica e as medidas provenientes dos instrumentos foram complementares e mostraram-se bastante úteis para avaliar de forma mais ampla um tratamento com a complexidade de objetivos de uma PP de longa duração bem como para enriquecer a compreensão das particularidades do caso.

No segundo artigo, um olhar ideográfico sobre os dados foi explorado e sua potencialidade para contribuir para a aproximação entre a pesquisa e a clínica foi evidenciada através da identificação de padrões repetidos de interação entre a díade ao longo do tratamento. Esses achados contribuem para uma reflexão sobre a qualidade da interação terapêutica e sua possível influência sobre o resultado do tratamento. Além disso, colocam luz sobre o aspecto intersubjetivo do fenômeno psicoterapêutico, ênfase que vem ganhando importância ao longo das últimas décadas. Foi possível identificar estruturas representativas tanto dos chamados fatores comuns às terapias (aliança terapêutica) como de fatores específicos da abordagem empregada (foco no afeto). Além disso, identificou-se que algumas das interações são independentes e outras relacionam-se ao longo do tempo. A estrutura associada à aliança terapêutica se mostrou preditora de outras duas estruturas: uma representando aspectos específicos da técnica empregada (interpretação da relação terapêutica) e outra alusiva à queixa da paciente. Novamente percebe-se a presença de fatores

comuns e fatores específicos às abordagens compondo de forma complementar o processo como um todo.

O terceiro artigo apresenta um olhar normativo ao processo ao compará-lo com os protótipos ideais de três abordagens diferentes. Os achados corroboram estudos prévios que já haviam detectado que os tratamentos não são um reflexo perfeito das técnicas prescritas pelas escolas. Pelo contrário, eles comumente compartilham muitas características e usualmente aderem a abordagens distintas. O resultado mais surpreendente refere-se à maior adesão ao protótipo de função reflexiva (construto que operacionaliza o conceito de mentalização). Esse dado dá suporte à premissa defendida por Fonagy e colaboradores de que a mentalização é um processo comum às terapias. Além disso, este artigo também coloca luz sobre o fato de que pacientes com características psicossomáticas podem ser uma população com grande potencial de beneficiar-se da teoria e técnica da mentalização. Porém, essa possibilidade é ainda pouco explorada por pesquisadores e clínicos desta abordagem.

O quarto e último artigo apresenta uma metodologia inovadora no campo da pesquisa em psicoterapia. O principal potencial atribuído a ela está ligado a sua capacidade de buscar relações não lineares entre as variáveis investigadas. Neste sentido, propõe-se a dar um passo adiante em relação às metodologias até então conhecidas e utilizadas, baseadas em relações causa e efeito lineares. O encontro terapêutico é sem dúvida um fenômeno complexo, onde inúmeras variáveis estão presentes, atuando de forma interconectada e não linear. Ou seja, sua apreensão só é possível através do reconhecimento de padrões e modelos explicativos. Aproximar a psicoterapia do estudo dos sistemas complexos (Complexity Science), conjugando-se conhecimentos de disciplinas como a física, matemática e computação, parece ser um caminho promissor. A pesquisa de processo em psicoterapia é um campo de estudo em expansão que requer desenvolvimentos constantes. Buscar novos olhares e novas ferramentas

para compreender quais são os mecanismos em ação nesta modalidade terapêutica indiscutivelmente eficaz nos parece mandatório.

Como linha comum dentro dos estudos apresentados nesta tese, pode-se identificar do início ao fim uma preocupação em considerar a complexidade dos fenômenos investigados. Seja através do uso de diferentes perspectivas ao se avaliar os resultados adotada no artigo 1, seja na busca ativa por uma nova ferramenta capaz de apreender a dimensão não linear do encontro terapêutico proposta no artigo 4. Buscamos uma perspectiva pluralista com base em nosso entendimento de que o abismo entre o fenômeno clínico e os requisitos da ciência empírica não pode ser superado através de uma única abordagem.

A replicação deste estudo em outros casos de psicoterapia psicanalítica poderá ajudar a melhor compreender seus processos únicos bem como os processos que são comuns a diversos casos. Os achados desta tese demonstram como a pesquisa de processos pode ser usada para validar empiricamente os mecanismos de mudança em tratamentos naturalísticos em oposição aos “pacotes” de tratamento contemplados em estudos com desenhos controlados (como os ensaios clínicos).

A partir de estudos naturalísticos como este, temos a expectativa de contribuir para a construção de conhecimentos aplicáveis à prática clínica, auxiliando na formação de terapeutas bem como na elaboração de diretrizes gerais para o manejo técnico com pacientes com tais características. Dessa forma, esperamos colaborar para que as necessidades dos nossos pacientes possam ser cada vez mais compreendidas e atendidas, impactando progressivamente na redução dos prejuízos pessoais, sociais e financeiros da doença mental.

6. REFERÊNCIAS

1. Marks S. Psychotherapy in historical perspective. *Hist Human Sci* [Internet]. 2017;30(2):3–16. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0952695117703243>
2. Freud S, Breuer J. *Estudos sobre a Histeria (1893-1895)*. 1ª. São Paulo: Companhia das Letras; 2016.
3. Braakmann D. Historical Paths in Psychotherapy Research. In: Gelo OCG, Pritz A, Rieken B, editors. *Psychotherapy Research Foundations, Process, and Outcome*. Vienna: Springer; 2015. p. 39–66.
4. Orlinsky D, Russel R. Tradition and change in psychotherapy research. Notes on the fourth generation. In: Russel R, editor. *Reassessing Psychotherapy Research*. New York: Guilford; 1994. p. 185–214.
5. Detert NB, Llewelyn S, Hardy GE, Barkham M, Stiles WB. Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychother Res*. 2006;16(4):393–407.
6. Hersoug AG. A Closer Look at Good and Poor Outcome in Psychodynamic Psychotherapy: A Case Comparison Study. *Clin Case Stud* [Internet]. 2010;9(2):135–53. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534650110364415>
7. Wiseman H, Rice LN. Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: a task-focused approach. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1989;57(2):281–6. Available from: <http://psycnet.apa.orgjournals/ccp/57/2/281>
8. Serralta FB, Pole N, Lucia M, Nunes T, Laks C, Olsen C. The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychother Res*. 2010;20(5):564–75.
9. Lambert M. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M, editor.

- Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th ed. Wiley; 2013. p. 169–218.
10. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*. 2015;14(2):137–50.
 11. Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR, et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine : A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*. 2015;(2):648–60.
 12. Steinert C, Ph D, Munder T, Ph D, Rabung S, Ph D, et al. Psychodynamic Therapy : As Efficient as Other Empirically Supported Treatments ? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *Am J Psychiatry*. 2017;(15):1–11.
 13. Hofmann SG, Sciences B. Psychodynamic therapy: a poorly defined concept with questionable evidence. 2016;19(2):1–3.
 14. Leichsenring F, Abbass A, Gottdiener W, Hilsenroth M, Keefe JR, Luyten P, et al. Psychodynamic therapy: a well-defined concept with increasing evidence. *Evid Based Ment Heal [Internet]*. 2016;19(2):64–64. Available from: <http://ebmh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/eb-2016-102372>
 15. McAleavey AA, Castonguay LG. The Process of Change in Psychotherapy: Common and Unique Factors. In: Gel OCG, Pritz A, Rieken B, editors. *Psychotherapy Research Foundations, Process, and Outcome*. Vienna: Springer; 2015. p. 293–310.
 16. Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estud Psicol [Internet]*. 2011;28(4):501–10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/10.pdf>
 17. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry*. 1936;(6):412–5.
 18. Wampold B, Imel Z. The Great Psychotherapy Debate - The Evidence for What Makes

- Psychotherapy Work. Second Edi. London and New York: Routledge; 2015.
19. Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. 3rd. ed. Baltimore: Johns HopkinsUniversity Press; 1991.
 20. Lambert MJ, Kleinstäuber M. When People Change, and Its Relation to Specific Techniques and Common Factors. *Verhaltenstherapie*. 2016;26(1):32–9.
 21. Kazdin AE. Evidence-Based Psychotherapies [Internet]. Vol. 1. 2016. 1-34 p.
Available from:
<http://psychology.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-40>
 22. Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. Empathy. *Psychotherapy* [Internet]. 2011;48(1):43–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0022187>
 23. Farber BA, Doolin EM. Positive Regard and Affirmation. *Psychother Relationships That Work Evidence-Based Responsiveness*. 2011;48(1):58–64.
 24. Crits-christoph P, Beth M, Gibbons C, Temes CM, Elkin I, Gallop R. Interpersonal Accuracy of Interventions and the Outcome of Cognitive and Interpersonal Therapies for Depression. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(3):420–8.
 25. Johansson P, Høglend P, Ulberg R, Marble A. The Mediating Role of Insight for Long-Term Improvements in Psychodynamic Therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(3):438–48.
 26. Walker HM, Epstein MH. Introduction to the Special Series: Issues and Advances of Synthesizing Single-Case Research. *Remedial Spec Educ*. 2013;34(3):3–8.
 27. Desmet M, Meganck R, Seybert C, Willemsen J, Geerardyn F, Declercq F, et al. Psychoanalytic Single Cases Published in ISI-Ranked Journals: The Construction of an Online Archive. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2013;120–1. Available from:
<http://www.karger.com/?doi=342019 LK> -

- Link%7Chttp://www.karger.com/?doi=342019%7C FG - 0
28. Dattilio FM, Edwards DJA, Fishman DB. Case studies within a mixed methods paradigm: Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychother Theory, Res Pract Train* [Internet]. 2010;47(4):427–41. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0021181>
 29. Jones EE. *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson; 2000.
 30. Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The contributions of the psychotherapy process q-set to psychotherapy research. *Res Psychother*. 2011;14(1):14–48.
 31. Town JM, Diener MJ, Abbass A, Leichsenring F, Driessen E, Rabung S. A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: Evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy* [Internet]. 2012;49(3):276–90. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0029564>
 32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
 33. Quirk SE, Berk M, Chanen AM, Koivumaa-Honkanen H, Brennan-Olsen SL, Pasco JA, et al. Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. *Personal Disord Theory, Res Treat* [Internet]. 2016;7(2):136–46. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/per0000148>
 34. Peluso, M.A.M. & Andrade LH. Transtornos da Personalidade: epidemiologia. In: Louzã Neto, M.R., Cordás TA& C, editor. *Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 35. Svartberg M, McCullough L. Transtornos da Personalidade do Grupo C: prevalência,

- fenomenologia, efeitos e princípios do tratamento. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, editors. *Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos da Personalidade: Um Manual Clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 349–79.
36. Town JM, Abbass A, Hardy G. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for personality disorders: a critical review of randomized controlled trials. *J PersDisord*. 2011;25(1943–2763 (Electronic)):723–40.
 37. Barber JP, Muran JC, McCarthy KS, Keefe RJ. Research on psychodynamic therapies. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th ed. New York: Wiley; 2013. p. 443–494.
 38. Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):15–22.
 39. Eldar S, Gómez AF, Hofmann SG. Psychopathology and Classification. In: Hofmann SG, editor. *International Perspectives on Psychotherapy*. Springer; 2017. p. 1–33.
 40. Luyten P, Van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy P. Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *J Psychother Integr [Internet]*. 2013;23(3):250–62. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0032360>
 41. Sloate PL. Superego and sexuality: An analysis of a psychosomatic solution. *Psychoanal Inq*. 2010;30(5):457–73.
 42. Underwood MK. Why Is Emotion Regulation Important? In: Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA, editors. *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner’s Guide*. New York: Guilford Publications; 2011. p. 3–19.
 43. Holmes J. Attachment, Psychoanalysis, and the Search for a 21st-Century Psychotherapy Practice. *Psychoanal Inq [Internet]*. 2017;37(5):309–18. Available from: <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322425>

44. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010;67(2):113–23. Available from: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/67/2/113.pdf>
45. Eaton NR, Rodriguez-Seijas C, Carragher N, Krueger RF. Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(2):171–82.
46. Dolsen MR, Asarnow LD, Harvey AG. Insomnia as a transdiagnostic process in psychiatric disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(9):471.
47. Sauer-Zavala S, Gutner CA, Farchione TJ, Boettcher HT, Bullis JR, Barlow DH. Current Definitions of “Transdiagnostic” in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behav Ther* [Internet]. 2017;48(1):128–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
48. Hechtman L, Raila H, Chiao J, Gruber J. Positive Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Cultural Neuroscience Approach. *J Exp Psychopathol* [Internet]. 2013;4(5):502–28. Available from: http://jep.texttrum.com/index.php?art_id=131
49. Watkins ER. Depressive rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *J Ration - Emotive Cogn - Behav Ther*. 2009;27(3):160–75.
50. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalglish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015;40:91–110. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
51. Goldman GA, Anderson T. Quality of object relations and security of attachment as

- predictors of early therapeutic alliance. *J Couns Psychol* [Internet]. 2007;54(2):111–7. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-0167.54.2.111>
52. Tschacher W, Ramseyer F. Modeling psychotherapy process by time-series panel analysis (TSPA). *Psychother Res*. 2009;19(4–5):469–81.
 53. Feiler S, Müller KG, Müller A, Dahlhaus R, Eich W. Using interaction graphs for analysing the therapy process. *Psychother Psychosom*. 2005;74(2):93–9.
 54. Pole N, Ablon JS, O’Connor L, Weiss J. Ideal control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychother Theory, Res Pract Train* [Internet]. 2002;39(1):88–96. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-3204.39.1.88>
 55. Salvatore S, Tschacher W. Time dependency of psychotherapeutic exchanges: The contribution of the Theory of Dynamic Systems in analyzing process. *Front Psychol*. 2012;3(JUL):1–14.
 56. Chen Y, Sun J, Huang L-C, Xu H, Zhao Z. Classification of Cancer Primary Sites Using Machine Learning and Somatic Mutations. *Biomed Res Int* [Internet]. 2015;1–9. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/491502/>
 57. Kang J, Schwartz R, Flickinger J, Beriwal S. Machine learning approaches for predicting radiation therapy outcomes: A clinician’s perspective. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2015;93(5):1127–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2015.07.2286>
 58. Gupta S, Tran T, Luo W, Phung D, Kennedy RL, Broad A, et al. Machine-learning prediction of cancer survival: a retrospective study using electronic administrative records and a cancer registry. *BMJ Open* [Internet]. 2014;4(3):1–7. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2013-004007>
 59. Kessler RC, Loo HM Van, Wardenaar KJ, Robert M, Brenner LA, Cai T, et al. Testing

- a machine-learning algorithm to predict the persistence and severity of major depressive disorder from baseline self-reports. *Mol Psychiatry*. 2016;21(10):1–15.
60. Lueken U, Straube B, Yang Y, Hahn T, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, et al. Separating depressive comorbidity from panic disorder: A combined functional magnetic resonance imaging and machine learning approach. *J Affect Disord*. 2015;184:182–92.
 61. Passos IC, Mwangi B, Cao B, Hamilton JE, Wu MJ, Zhang XY, et al. Identifying a clinical signature of suicidality among patients with mood disorders: A pilot study using a machine learning approach. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;193(January):109–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.066>
 62. Månsson KNT, Frick A, Boraxbekk C-J, Marquand AF, Williams SCR, Carlbring P, et al. Predicting long-term outcome of Internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder using fMRI and support vector machine learning. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2015;5(3):1–7. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/tp.2015.22>
 63. Imel ZE, Steyvers M, Atkins DC. Computational Psychotherapy Research : Scaling up the Evaluation of Patient – Provider Interactions. *Psychotherapy*. 2014;1–12.
 64. Salvatore S, Gennaro A. Outlines of a General Theory of the Psychotherapy Process. The Clinical Exchange as Communicational Field: Theoretical Considerations and Methodological Implications. In: Gelo OCG, Pritz A, Rieken B, editors. *Psychotherapy Research - Foundations , Process and Outcome*. Springer; 2015. p. 195–212.
 65. Mulder R, Murray G, Rucklidge J. Common versus specific factors in psychotherapy : opening the black box. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;366(17):1–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
 66. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: is it true

that “everyone has won and all must have prizes?” Arch Gen Psychiatry. 1975;32(8):995–1008.

67. Abbass A, Kisely S, Rasic D, Town JM, Johansson R. Long-term healthcare cost reduction with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychiatric service. J Psychiatr Res [Internet]. 2015;64:114–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.001>
68. Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul [Internet]. 2007;29(1):44–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

APÊNDICE A – Premiações recebidas durante o período de doutorado

1. Prêmio Student Travel Award Latin America Chapter 2014

Apresentação na modalidade *Paper in a Panel* (oral) de um estudo sobre o processo de uma psicoterapia breve através do Psychotherapy Process Q-Set. Este trabalho foi oriundo do treinamento sobre o PQS realizado durante o ano de 2013.

2. 2º Lugar no Prêmio Melhor Tema Livre

Resultados parciais da análise referente à identificação das estruturas de interação do caso foram apresentados oralmente no XII Congresso Latino-Americano de Pesquisa em Psicoterapia – Latin American Chapter of the Society for Psychotherapy Research (SPR-LA) realizado em Porto Alegre, RS, entre os dias 20-22 de outubro de 2016.

3. Prêmio Student Travel Award Latin America Chapter 2017

Resultados parciais da análise referente à adesão aos protótipos ideais de psicoterapia foram apresentados na modalidade *Brief Paper* (apresentação oral) durante o 48th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, realizado na cidade de Toronto, Canadá, entre os dias 21-24 de junho de 2017.

4. 1º Lugar no prêmio Professor David E. Zimmerman categoria Psicoterapias

Resultados completos da análise referente à identificação das estruturas de interação do caso foram apresentados em formato de pôster durante o XIII Congresso Gaúcho de Psiquiatria realizado em Bento Gonçalves, RS, entre os dias 17-19 de agosto de 2017.

ANEXO 1: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Sou Fernanda Barcellos Serralta e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "*Elaboração e aplicação de Protótipos para Avaliar o Processo Ideal versus o Processo Real das Psicoterapias Breves: um estudo sobre o processo de mudança na Psicoterapia Psicodinâmica Breve*". A pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). O estudo tem como objetivo conhecer o processo de mudança em psicoterapia psicodinâmica breve. Você foi selecionada para participar do mesmo por apresentar indicação para este tipo de psicoterapia.

A sua participação no estudo envolve a autorização para que todas as sessões da psicoterapia sejam gravadas em áudio e/ou vídeo. Também você deverá responder três questionários que buscam verificar o seu estado emocional. Esses questionários deverão ser respondidos mensalmente durante o tratamento. Uma entrevista, também gravada em áudio, deverá ser realizada 4 semanas após o término da psicoterapia. O objetivo será o de obter um relato acerca dos resultados alcançados no tratamento.

O tratamento será conduzido por psicóloga experiente e não oferece nenhum risco adicional aos possíveis desconfortos que podem acompanhar qualquer psicoterapia, como por exemplo, certa ansiedade ao examinar sentimentos e pensamentos dolorosos. Com relação ao uso do gravador, há vários anos este procedimento é realizado em pesquisas sobre psicoterapias. A experiência até agora não mostrou qualquer efeito negativo do seu uso neste contexto.

A sua colaboração é voluntária. Você não deverá ter qualquer tipo de despesa financeira com o tratamento e com a participação na pesquisa. Por esse motivo, você também não receberá nenhum tipo pagamento ou ressarcimento decorrente da sua participação. Ao concordar em participar voluntariamente no estudo você estará dando autorização para que todas as gravações sejam utilizadas nesta e em outras pesquisas, no futuro. No vídeo será utilizada uma tarja preta cobrindo o seu rosto de modo a preservar a sua identidade. Na transcrição das gravações serão utilizados nomes fictícios e alterados dados que possam facilmente identificá-la (tais como nomes próprios, por exemplo). A publicação dos dados será realizada em revistas e eventos científicos, com a devida alteração de dados de identificação.

Você pode interromper a sua participação a qualquer momento. Caso você abandone o estudo, poderá continuar realizando o tratamento sem qualquer prejuízo ou interferência no mesmo. Se desejar, você pode fazer contato comigo pelos telefones (51) 35911209 ou (51) 91156303, para obter esclarecimentos sobre procedimentos ou outros assuntos relacionados com esse estudo.

Para confirmar sua participação no estudo, você deve preencher as informações solicitadas abaixo e assinar o termo de consentimento em duas vias, uma das quais ficará consigo.

Desde já agradeço a sua colaboração,

Fernanda Barcellos Serralta
Fone: 35911204
E-mail: fernandaserralta@gmail.com

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 23.10.2013
.....
.....

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Declaro também autorizar o uso da minha imagem para fins desta pesquisa.

Nome

Assinatura

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>

ANEXO 2 - Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)

Versão autorizada para investigação

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere **a última semana**, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um “X” a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se:** Neste questionário, “trabalho” é definido como **emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.** Por favor, responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	As vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu me canso depressa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu me culpo pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu me sinto irritado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me sinto fraco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me sinto assustado/com medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>(se não bebe marque nunca)</i>					
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu sou uma pessoa feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu trabalho muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu me sinto sem valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu me sinto sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu discuto com freqüência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu me sinto amado e querido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu gosto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lembre-se: Neste questionário, “trabalho” é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.

	Nunca	Raramente	As vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). <i>(se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Eu tenho problemas de estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. <i>(Se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Eu tenho os músculos doloridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Eu me sinto nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Eu me sinto triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eu tenho dores de cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3 – Manual de Codificação do PQS**MANUAL DE CODIFICAÇÃO DO PQS - PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET**

Enrico E. Jones

Tradução:

Fernanda Barcellos Serralta

Colaboradores:

Luis Guilherme Streb

Maria Lúcia Tiellet Nunes

Cláudio Laks Eizirik

Karina Brodski

Miriam Simões Pires (retrotradução)

Maria de Lourdes Figueiredo Leal (revisão)

O objetivo dos 100 itens do *Psychotherapy Process Q-set* é fornecer uma linguagem básica para a descrição e classificação do processo terapêutico. O PQS foi planejado para ser amplamente neutro a respeito de qualquer teoria particular de terapia e deve permitir a representação de uma ampla variedade de interações terapêuticas. A utilização de uma linguagem e procedimentos de avaliação estandardizados fornece os meios para a caracterização sistemática da interação terapeuta-paciente. Em vez de focalizar pequenos segmentos das comunicações do paciente ou do terapeuta, os avaliadores classificam sessões terapêuticas inteiras, permitindo aos juízes uma maior oportunidade de captar eventos de importância, dando-lhes a possibilidade de classificar impressões assimiladas ou compiladas do processo terapêutico. O objetivo geral do instrumento é fornecer um indicador significativo do processo terapêutico que possa ser utilizado em análises comparativas ou estudado em relação a avaliações pré e pós-terapia.

O procedimento é relativamente simples. Depois de estudar os dados do processo e chegar a alguma formulação sobre o material, examine os 100 cartões. Você deverá separar essas afirmações em uma fileira de nove categorias, colocando em uma extremidade da fileira aqueles cartões que você julgar serem os *mais característicos* em relação a sua compreensão do material e, na outra extremidade, os cartões que você julgar serem os *mais não-característicos* em referência a sua leitura dos dados. Um método conveniente de classificação é primeiro formar três pilhas de cartões - aqueles itens julgados como característicos colocados num lado, os avaliados como não característicos colocados no outro lado, e os cartões remanescentes no meio. Não precisa ser dada nenhuma atenção ao número de cartões que compõe cada uma das pilhas nesse momento. Quando as três pilhas de cartões tiverem sido formadas, elas poderão então ser divididas, desta vez em suas devidas proporções. O número de cartões a serem colocados em cada categoria está listado a seguir:

<i>Categoria</i>	<i>No. de Cartões</i>	<i>Nome da Categoria</i>
9	5	Extremamente característico ou saliente
8	8	Muito característico ou saliente
7	12	Razoavelmente característico ou saliente
6	16	Um pouco característico ou saliente
5	18	Relativamente neutro ou sem importância
4	16	Um pouco não-característico ou negativamente saliente
3	12	Razoavelmente não-característico ou negativamente saliente
2	8	Muito pouco característico ou negativamente saliente
1	5	Extremamente não-característico ou negativamente saliente

Você poderá sentir algum desconforto com as restrições impostas pelos itens do PQS e pelo procedimento de classificação. Assim como ocorre em outros sistemas de análise de conteúdo, o PQS é delineado para reduzir interações complexas a proporções manejáveis e atingir economia na investigação. Nenhum instrumento deste tipo se ajusta ou capta perfeitamente todas as interações terapêuticas. Também é digno de nota que designar um número fixo de cartões para cada categoria provou empiricamente ser um procedimento mais valioso do que a situação na qual o clínico pode designar qualquer número de cartões numa categoria. Os próprios itens-Q representam uma boa dose de reflexão e análise psicométrica. Enquanto que nem todas as características ou eventos de uma terapia em particular possam ser expressos através da colocação extremada de algumas das afirmativas, eles podem, quase sempre, ser captados através da conjunção de dois ou mais itens. O objetivo do PQS é permitir a descrição de dimensões do processo terapêutico através de uma adequada alocação dos itens e da configuração final dos múltiplos itens que é conseqüentemente construída.

O PQS contém três tipos de itens:

1. itens que descrevem a atitude, comportamento ou experiência do paciente
2. itens que refletem as ações ou atitudes do terapeuta

3. itens que procuram captar a natureza da interação da díade, o clima ou a atmosfera do encontro

As definições ou descrições dos itens neste manual, bem como os exemplos fornecidos, pretendem minimizar possíveis variações nas interpretações dos mesmos. Elas devem ser cuidadosamente estudadas. Pede-se aos juízes que assumam a posição de um "outro genérico", isto é, de um observador que vê a interação entre o paciente e o terapeuta desde fora. Ao alocar cada um dos itens, pergunte a si mesmo: esta atitude, comportamento ou experiência está claramente presente (ou ausente)? Se a evidência não for imperiosamente forte, pergunte a si mesmo: Em que extensão está presente ou ausente? Procure por uma evidência *específica*. Tente manter a mente o mais aberta e objetiva possível. Evite, por exemplo, julgamentos sobre se determinada atividade do terapeuta é efetiva ou ineficaz, desejável ou não-desejável a partir de alguma posição teórica em particular. Esteja atento para idéias pré-concebidas que você possa ter acerca das interações terapêuticas "ideais". Especialmente, tente não ser afetado por suas reações pessoais para com o terapeuta ou paciente; Por exemplo, evite a tendência de que as suas avaliações sofram influencia do desejo de ter essa pessoa como seu terapeuta; ou da forma como você reagiria com o paciente se você fosse o terapeuta.

Os avaliadores, às vezes, ficam indecisos sobre se algum item em particular deve ser colocado na categoria *relativamente neutro ou sem importância*, ou em uma das categorias que refletem o que é *não-característico* da sessão. Um item deve ser colocado na categoria *neutra* quando é realmente irrelevante ou sem conseqüências em relação à interação. Uma alocação mais extrema do item na direção do *não-característico* sinaliza que a ausência de um determinado comportamento ou experiência é digna de nota e deve ser captada na descrição da sessão. Em outras palavras, um evento cuja ausência seja importante assinalar para se obter uma descrição mais completa da sessão pode ser captado através da sua alocação na categoria *não-característico*, ao invés da categoria *neutra*. Muitos itens apresentam instruções específicas a esse respeito em suas definições. Os avaliadores podem, ocasionalmente, achar que há evidência insuficiente para fazer um julgamento desse tipo (assim como para fazer outros tipos de distribuição dos itens) com razoável segurança. Entretanto, diversos estudos já demonstraram que, com paciência e cuidado, pode-se chegar à alta confiabilidade interavaliadores.

Item 1: O paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos ao terapeuta (*versus* faz comentários de aprovação ou admiração).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente verbaliza sentimentos de crítica, desgosto, inveja, desprezo, raiva ou antagonismo em relação ao terapeuta; por exemplo, o paciente repreende o terapeuta por falhar em proporcionar suficiente direção na terapia.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente expressa sentimentos positivos ou amigáveis sobre o terapeuta; por exemplo, faz comentários que parecem ser elogios ao terapeuta.

Item 2: O terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, por exemplo, postura corporal, gestos

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, tal como expressões faciais, rubores, risos, pigarros ou movimentos corporais; por exemplo, o terapeuta aponta que embora o paciente diga que está brabo, ele está sorrindo.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se há pouco ou nenhum foco no comportamento não-verbal

Item 3: As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente

Coloque na direção do extremo *característico* se as respostas ou comportamento do terapeuta indicam que ele está ouvindo o paciente e encorajando-o a continuar, com hum hum, sim, certamente, certo, etc., ou algo parecido.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta não responde de modo a facilitar a fala do paciente (o item não se refere a perguntas ou comentários exploratórios)

Item 4: Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.

Coloque na direção do extremo *característico* se houver diálogo sobre o que o paciente deseja alcançar como resultado da terapia. Estes desejos ou objetivos podem se referir a mudanças pessoais ou “internas” (por exemplo, “eu comecei a terapia para superar as minhas depressões”) ou mudanças em circunstâncias de vida (“Eu me pergunto se a terapia pode me levar a casar”).

Coloque na direção do extremo *não-característico* se não houver referência ou alusão, por parte do terapeuta ou do paciente, às possíveis conseqüências da terapia.

Item 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece confuso pelos comentários do terapeuta. Isso pode ser defensivo ou resultado da falta de clareza do terapeuta; por exemplo, o paciente repetidamente diz: “O que?” - ou indica de outra forma que não sabe o que o terapeuta quer dizer.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente prontamente compreende os comentários do terapeuta.

Item 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta demonstra habilidade em intuir o “mundo interno” do paciente como se fosse dele próprio; se o terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente e consegue comunicar esse entendimento de uma forma que parece sintonizada com o paciente; por exemplo, o terapeuta faz uma afirmação que indica uma compreensão sobre como o paciente se sentiu em uma determinada situação.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta não parece ter uma compreensão sensível dos sentimentos ou experiências do paciente.

Item 7: O paciente está ansioso ou tenso (*versus* calmo e descontraído).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente manifesta tensão, ansiedade ou preocupação. Isso pode ser demonstrado por afirmações diretas; por exemplo: “Eu estou me

sentindo nervoso hoje”; ou indiretamente por balbucios, gagueira, etc., ou por outros indicadores comportamentais.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente parece calmo, relaxado, ou transmite uma sensação de bem-estar.

Item 8: O paciente está preocupado ou conflituado com sua dependência do terapeuta (*versus* confortável com a dependência ou querendo a dependência).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece preocupado sobre ou desconfortável com a dependência; por exemplo, demonstra uma necessidade de distanciar-se do terapeuta ou, de alguma maneira, revela uma preocupação sobre tornar-se dependente da terapia.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente parece à vontade em ser dependente. Isso pode tomar a forma de expressões de desamparo; ou o paciente pode parecer ou confortável ou gratificado pela relação de dependência com o terapeuta.

Pontue como neutro se o paciente experimenta uma sensação de relativa independência na relação terapêutica.

Item 9: O terapeuta é distante, indiferente (*versus* responsivo e efetivamente envolvido).

Coloque na direção do extremo *característico* se a postura do terapeuta com para com o paciente é fria, formal e indiferente, ou marcada pelo retraimento ou afastamento emocional.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta é genuinamente responsivo e afetivamente envolvido.

Item 10: O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece desejar ou busca transformar a relação terapêutica em uma relação mais social ou pessoal e íntima; por exemplo, o paciente expressa preocupação com o terapeuta ou procura ter conhecimento sobre a vida pessoal do terapeuta.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente não parece desejar maior proximidade com o terapeuta.

Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.

Coloque na direção do extremo *característico* se a sexualidade do paciente é discutida. Isso pode assumir a forma de discussão sobre problemas sexuais, ou sobre sentimentos ou fantasias sexuais ou sobre experiências sexuais reais; por exemplo, o paciente fala sobre desejar ter uma relação sexual com um parceiro amoroso com mais frequência.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente não discute material erótico ou sexual.

Item 12: Ocorrem silêncios durante a sessão.

Coloque na direção do extremo *característico* se existem muitos períodos de silêncio ou pausas significativas durante a sessão, ou alguns longos períodos de silêncio.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se há poucos silêncios.

OBS: pausas breves na fala não devem ser classificadas como silêncios, a menos que sejam muito frequentes ou mais longas do que alguns segundos.

Item 13: O paciente está animado ou excitado.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente expressa diretamente ou demonstra, com seu comportamento, um sentimento de excitação; ou parece estar estimulado de alguma maneira; por exemplo, o paciente fica animado em resposta à interpretação do terapeuta.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente parece entediado, apagado ou sem energia.

Item 14: O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente expressa preocupação com ou transmite o sentimento de estar sendo mal-compreendido, ou supõe que o terapeuta não pode entendê-lo; por exemplo, uma viúva duvida da habilidade do terapeuta em compreender sua condição uma vez que ele nunca esteve nesta situação.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente transmite de alguma maneira a sensação de que o terapeuta compreende a sua experiência ou sentimentos; por exemplo, o paciente comenta em resposta às observações do terapeuta: “Sim, é exatamente isso que eu queria dizer”.

Item 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente não inicia assuntos para discussão, não traz à baila problemas ou, de alguma outra forma, falha em assumir alguma responsabilidade pela sessão; por exemplo, o paciente afirma que não sabe sobre o que falar.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente está disposto a quebrar silêncios, ou fornece assuntos quer espontaneamente quer em resposta às indagações do terapeuta, e ativamente lhes dá seguimento ou elabora.

Item 16: Há discussão sobre funções corporais, sintomas físicos, ou saúde.

Coloque na direção do extremo *característico* se a discussão dá ênfase a preocupações somáticas ou sintomas físicos; por exemplo, o paciente pode se queixar de fadiga ou indisposição, ou de ter dores de cabeça, dores menstruais, pouco apetite, etc.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se as queixas físicas não são um tópico importante de discussão.

Item 17: O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou introduzindo novos assuntos).

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta intervém freqüentemente. Não pontue com base na precisão ou adequação das intervenções; por exemplo, pontue como muito característico se o terapeuta é tão ativo que freqüentemente interrompe ou intervém para fazer perguntas ou assinalamentos, ou fornece uma boa dose de direcionamento durante a sessão.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta intervém com relativa pouca freqüência, e faz pouco esforço para estruturar a interação; ou se o terapeuta tende a seguir a direção do paciente; por exemplo, permitindo ao paciente introduzir a maior parte dos assuntos e ajudando o paciente a seguir a sua própria linha de pensamento.

Item 18: O terapeuta transmite a impressão de aceitação não-crítica (OBS: a colocação na direção do extremo *não-característico* indica desaprovação, falta de aceitação).

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta refreia julgamentos negativos manifestos ou latentes sobre o paciente; comportamentos “inaceitáveis” ou problemáticos do

paciente podem ser explorados enquanto transmite a impressão de que o paciente tem valor. O terapeuta mostra aceitação incondicional.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se os comentários ou o tom de voz do terapeuta transmitem crítica ou falta de aceitação. Uma alocação mais extrema indica que o terapeuta comunica que o caráter ou personalidade do paciente é de alguma maneira desagradável, condenável ou perturbada.

Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.

Coloque na direção do extremo *característico* se a relação terapêutica parece de alguma maneira sexualizada. Isso pode variar desde a presença de uma relação afetuosa, com traços eróticos, até comportamentos recatados ou sedutores por parte do paciente, ou até declarações de desejos manifestos de gratificação sexual; por exemplo, o paciente fala sobre experiências sexuais de tal modo a despertar o interesse sexual do terapeuta.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se a relação terapêutica parece essencialmente dessexualizada; uma alocação mais extrema nessa direção indica que o paciente ou o terapeuta evita assuntos ou comportamentos que podem ser vistos como revelando um interesse sexual; ou que existe uma tentativa de suprimir o sentimento erótico.

Item 20: O paciente é provocador, desafia os limites da relação terapêutica (OBS: a colocação na direção do extremo *não-característico* indica que o paciente se comporta de maneira submissa).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece se comportar de uma maneira que almeja provocar uma resposta emocional no terapeuta; por exemplo, o paciente pode incitar rejeição por parte do terapeuta comportando-se de um modo que pode irritá-lo, ou violando um ou outro aspecto do contrato terapêutico.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente é particularmente complacente ou respeitoso, ou parece estar fazendo o papel do “bom paciente” como um modo de lisonjear o terapeuta.

Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta revela informação pessoal, ou reações pessoais para o paciente; por exemplo, o terapeuta conta para o paciente onde cresceu, ou diz ao paciente: “Eu acho você uma pessoa muito simpática”.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta se abstém de revelar informações sobre si. Uma alocação mais extrema nesta direção indica que o terapeuta não revela informações sobre si, nem mesmo quando o paciente pressiona o terapeuta a fazê-lo; por exemplo, o terapeuta não responde diretamente à questão quando o paciente pergunta se ele é casado.

Item 22: O terapeuta focaliza os sentimentos de culpa do paciente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta enfoca ou, de alguma maneira, chama a atenção para os sentimentos de culpa do paciente, particularmente quando existe uma tentativa de ajudar a aliviar esses sentimentos; por exemplo, o terapeuta observa que a paciente parece sentir-se culpada quando não responde a algum dos incessantes pedidos de ajuda de sua filha.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta não enfatiza os sentimentos de culpa do paciente.

Item 23: O diálogo tem um foco específico.

Coloque na direção do extremo *característico* se a interação se mantém num único foco ou em poucos focos primários; por exemplo, o assunto mais importante da sessão é o sentimento do paciente de que ao longo de sua vida, e de vários modos diferentes, falhou em corresponder às expectativas de seu pai.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se vários assuntos são discutidos ou se o diálogo parece de alguma forma difuso.

Item 24: Os conflitos emocionais do próprio terapeuta invadem a relação.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta parece responder ao paciente de algum modo ineficiente ou inapropriado, e quando esta resposta não está exclusivamente enraizada no encontro terapêutico, mas supostamente deriva dos conflitos emocionais ou psicológicos do terapeuta, isto é, uma reação contratransferencial; por exemplo, o terapeuta parece afastar-se de certos afetos que o paciente expressa ou precisa expressar.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se as respostas emocionais do terapeuta não se intrometem inapropriadamente na relação terapêutica.

Item 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente manifesta desconforto ou estranheza nos momentos ou minutos iniciais da sessão; por exemplo, após um longo silêncio o paciente diz: “Bom, eu não sei sobre o que falar hoje”.

Coloque na direção do *não-característico* se o paciente começa a sessão sem fazer longas pausas ou induzindo o terapeuta a fazer perguntas.

Item 26: O paciente experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente expressa sentimentos de vergonha, culpa, medo ou tristeza no decorrer da sessão. A alocação extremada indica a intensidade do afeto.

A colocação na direção do *não-característico* indica que o paciente não expressa tais sentimentos perturbadores, ou que expressa sentimentos de bem-estar e satisfação.

Item 27: O terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (*versus* adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo).

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta dá conselhos explícitos ou faz sugestões específicas que o paciente então tem liberdade para aceitar ou ignorar; por exemplo, o terapeuta diz: “Você poderia achar que é de alguma ajuda consultar um advogado para lidar com a questão da sua herança”. Ou o terapeuta pode orientar o paciente a considerar um conjunto de opções e a explorar cada alternativa; por exemplo, o terapeuta pode indicar possibilidades que o paciente não notou e orientá-lo a explorar as possíveis conseqüências de cada uma das linhas de ação.

Coloque em direção do extremo *não-característico* se o terapeuta abstém-se de dar conselhos; alocação extrema nesta direção indica que o terapeuta não fornece essa orientação mesmo quando pressionado pelo paciente a fazê-lo.

Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta parece perceber com precisão a experiência do paciente da relação terapêutica. Isso pode ser inferido dos comentários do

terapeuta, intervenções, ou postura geral para com o paciente. A avaliação deve ser independente do tipo de terapia (isto é, cognitivo-comportamental, psicanalítica) que está sendo conduzida. O avaliador deve buscar uma avaliação a partir da perspectiva do tipo de terapia representada.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta parece de alguma maneira perceber erroneamente o estado emocional do paciente, a intenção da sua comunicação, a natureza da interação entre eles, ou erroneamente formular o problema.

Item 29: O paciente fala sobre querer estar separado ou distante.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente fala sobre desejar maior distância ou sobre um sentimento de independência de alguém (exclui o terapeuta); por exemplo, expressa o desejo de finalmente se ver livre da influência dos pais.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente não fala sobre desejar estar separado, independente ou desligado.

Item 30: A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre idéias ou sistemas de crenças.

Coloque na direção do extremo *característico* se o diálogo enfatiza temas ideacionais conscientes específicos, crenças, ou idéias destinadas a agradar aos outros, a si mesmo ou ao mundo; por exemplo, o terapeuta sugere que eles olhem mais de perto a idéia ou crença do paciente de que ele não tem nenhum valor, a menos que realize perfeitamente tudo o que ele tenta fazer.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se existe pouca ou nenhuma discussão sobre tais idéias ou construtos.

Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta faz perguntas destinadas a obter informação, ou pressiona o paciente por uma descrição mais detalhada de algum acontecimento; por exemplo, o terapeuta pergunta sobre a história pessoal do paciente, ou investiga quais pensamentos vieram à sua mente quando encontrou um conhecido por acaso na rua.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta não obtém ativamente informações.

Item 32: O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.

Coloque na direção do extremo *característico* se uma nova perspectiva, ou uma nova conexão ou atitude, ou conteúdo evitado emerge durante o curso da sessão; por exemplo, a partir de um comentário do terapeuta, o paciente parece pensativo e diz: “Acho que é verdade. Eu nunca pensei realmente sobre esta situação desta forma antes”.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se não há evidência de que novos insights ou tomada de consciência surjam na sessão.

Item 33: O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente fala sobre estar ou estar desejando estar próximo ou íntimo de alguém (exclui o terapeuta); por exemplo, o paciente diz que está só e que deseja estar com alguém.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente não faz comentários sobre querer estar próximo e íntimo.

Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente tende a exteriorizar, culpando outros ou situações ao acaso por suas dificuldades; o paciente sustenta que seus problemas no trabalho provêm da sua má sorte com os empregadores.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente tende a assumir responsabilidade por seus problemas; por exemplo, notando que sua infelicidade nos relacionamentos amorosos pode ser o resultado de sua escolha de parceiros inadequados.

Item 35: A auto-imagem é um foco de discussão.

Coloque na direção do extremo *característico* se um tópico de discussão é o conceito, ou sentimentos, atitudes e percepções do paciente sobre si mesmo, quer positivos quer negativos; por exemplo, a paciente fala sobre como às vezes é difícil para ela defender seu ponto de vista porque percebe então a si mesma como sendo muito agressiva.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se as auto-imagens tomam pouco ou nenhum espaço do diálogo terapêutico.

Item 36: O terapeuta assinala o uso de manobras defensivas pelo paciente; por exemplo, anulação, negação.

Coloque na direção do extremo *característico* se um assunto importante são as operações defensivas usadas pelo paciente para evitar a tomada de consciência de informações ou sentimentos ameaçadores; o terapeuta aponta como o paciente sente-se obrigado a declarar afeição por seu pai de um modo direto após ter feito comentários críticos sobre ele.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se este tipo de interpretação de defesas tem um pequeno ou nenhum papel na sessão.

Item 37: O terapeuta se comporta como um professor (de maneira didática).

Coloque na direção do extremo *característico* se a atitude ou postura do terapeuta para com o paciente é semelhante à de um professor para com um aluno. Isso pode ser avaliado independentemente do conteúdo, isto é, o terapeuta pode dar informações ou fazer sugestões sem comportar-se de modo didático ou professoral; ou pode dar interpretações na forma de instruções.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta não assume um papel semelhante a de um professor na relação com o paciente.

Item 38: Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.

Coloque na direção do extremo *característico* se existe discussão sobre uma determinada atividade que o paciente deve executar fora da terapia, tal como: testar a validade de determinada crença ou comportar-se de um modo diferente do que de costume, ou ler livros. Por exemplo, fala-se sobre a paciente enfrentar uma situação temida ou um objeto que ela costuma evitar.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se não se fala sobre o paciente tentar determinadas ações deste tipo fora da terapia.

Item 39: Existe um tom competitivo na relação.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente ou o terapeuta parece competitivo com o outro. Isso pode se manifestar como um “vangloriar-se”, “contar vantagem” ou diminuir o outro; por exemplo, o paciente insinua que o terapeuta leva uma vida enclausurada enquanto ele está vivendo e trabalhando no mundo real.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se existe pouco ou nenhum sentimento de competitividade entre paciente e terapeuta.

Item 40: O terapeuta faz interpretações que fazem referência a pessoas reais da vida do paciente (OBS: A colocação na direção do extremo *não-característico* indica que o terapeuta faz interpretações gerais ou impessoais).

Coloque na direção do extremo *característico* se as interpretações do terapeuta fazem referência a determinadas pessoas que o paciente conhece; por exemplo, o terapeuta diz: “Você se sentiu magoado e brabo quando sua mãe o criticou”.

A alocação do item na direção do extremo *não-característico* significa que as interpretações não fazem referência a determinadas pessoas, ou fazem referência a outros aspectos da vida do paciente; por exemplo, o terapeuta comenta: “Você parece inclinado a se afastar quando os outros se aproximam”.

Item 41: As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente fala sobre projetos de vida, metas, ou desejos de sucesso ou status; por exemplo, a paciente fala sobre suas expectativas de tornar-se advogada e ganhar bastante.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se, ao discutir seus planos realistas, ou os seus desejos, o paciente demonstra ou fala sobre uma diminuição das expectativas de futuro.

Item 42: O paciente rejeita (*versus* aceita) os comentários e observações do terapeuta.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente claramente ignora ou discorda das sugestões, observações ou interpretações do terapeuta; por exemplo, após o terapeuta ter feito uma interpretação importante, o paciente casualmente comentou que não pensava que seria bem assim.

A alocação do item na direção do *não-característico* indica que o paciente tende a concordar com os comentários do terapeuta.

Item 43: O terapeuta sugere o significado do comportamento de outros.

Coloque na direção do *característico* se o terapeuta procura interpretar o significado do comportamento de pessoas da vida do paciente; por exemplo, o terapeuta sugere que o parceiro amoroso do paciente possui problemas com a intimidade.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta não faz comentários sobre o significado do comportamento dos outros.

Item 44: O paciente se sente cauteloso ou desconfiado (*versus* confiante e seguro).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece cauteloso, sem confiança ou desconfiado para com o terapeuta; por exemplo, o paciente questiona se o terapeuta realmente gosta dele, ou se existe algum significado oculto nos comentários do terapeuta.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente parece estar confiando (no terapeuta) e sem suspeitas.

Item 45: O terapeuta adota uma atitude de apoio.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta assume uma postura de apoio, tipo protetora para com o paciente. Isso pode assumir a forma de aprovação de alguma coisa feita pelo paciente, ou de encorajar, por exemplo, a auto-afirmação do paciente. Ou o terapeuta pode concordar com a positiva auto-afirmação do paciente, ou enfatizar as qualidades do paciente, por exemplo; “Você fez isto no passado, e pode fazer novamente”.

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta tende a não assumir um papel de apoio deste tipo.

Item 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.

Coloque na direção do extremo *característico* se a linguagem do terapeuta é não-ambígua, direta, e facilmente compreensível. Classifique como muito característico se o estilo verbal do terapeuta é evocativo e marcado pela clareza das palavras e frases.

Coloque na direção do *não-característico* se a linguagem do terapeuta é difusa, notadamente abstrata, carregada de jargões ou estereotipada.

Item 47: Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta parece desejar e ter abertura para acordos e acomodações quando ocorrem divergências ou quando surgem conflitos na díade; por exemplo, quando o paciente fica incomodado com o terapeuta, ele faz algum esforço para apaziguar o paciente.

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta não faz um esforço para melhorar a situação quando a interação se torna difícil.

Item 48: O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta estimula o paciente a pensar por si mesmo e a agir baseado no que ele pensa ser o melhor; por exemplo, o terapeuta assinala que até agora ouviu da paciente o que sua mãe e colegas pensam o que ela deve fazer, mas que não está claro o que ela quer ou pensa.

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta não introduz a questão da independência ou iniciativa como tópico de discussão.

Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflitados sobre o terapeuta.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente expressa sentimentos confusos sobre o terapeuta, ou se as verbalizações manifestas sobre o terapeuta são incongruentes com o tom do seu comportamento ou jeito em geral, ou se parece haver algum deslocamento de sentimentos; por exemplo, o paciente concorda cordialmente com a sugestão do terapeuta, porém a seguir expressa hostilidade para com as pessoas que dizem a ele o que fazer.

Coloque na direção do *não-característico* se há pouca expressão da ambivalência do paciente para com o terapeuta.

Item 50: O terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pelo paciente (por exemplo, raiva, inveja, ou excitação).

Coloque na direção do *característico* se o terapeuta comenta ou enfatiza sentimentos que são considerados errados, inapropriados ou perigosos pelo paciente; por exemplo, o terapeuta assinala que o paciente às vezes sente um ódio ciumento do seu irmão mais bem-sucedido.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta tende a não enfatizar as reações emocionais que o paciente tem dificuldade em reconhecer ou aceitar.

Item 51: O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta parece condescendente com o paciente, tratando-o como menos inteligente, exitoso ou sofisticado. Isso pode ser inferido da maneira através da qual o terapeuta formula seus comentários, ou oferece conselhos.

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta transmite, pelas suas maneiras, tom de voz ou comentários, que ele não assume uma atitude de superioridade.

Item 52: O paciente conta com o terapeuta para resolver seus problemas.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece apresentar os problemas ao terapeuta de um modo que sugere um desejo ou expectativa de que o terapeuta ofereça sugestões ou conselhos específicos como uma solução; por exemplo, o paciente expressa incerteza sobre romper ou não com o parceiro amoroso e pergunta ao terapeuta o que fazer. Note que o apelo por uma solução pode não ser expresso de forma explícita, mas pode estar implícito no modo através do qual o paciente discute o problema.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente não parece explicita ou implicitamente contar com o terapeuta para solucionar os problemas.

Item 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece preocupado com o que o terapeuta pode pensar sobre seu comportamento, ou está preocupado sobre ser julgado; por exemplo, o paciente pode comentar: “Você provavelmente está pensando que foi uma estupidez fazer isto”. O avaliador pode também inferir isso do comportamento do paciente; por exemplo: o paciente vangloria-se de suas realizações para impressionar favoravelmente o terapeuta.

Coloque na direção do *não-característico* se o paciente não parece preocupado com o tipo de impressão que está criando, ou parece não preocupado sobre ser julgado pelo terapeuta.

Item 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.

Coloque na direção do *característico* se o paciente se expressa de um modo que é facilmente compreensível e relativamente claro e fluente.

A colocação na direção do *não-característico* é indicativo de divagações, freqüentes digressões ou imprecisões. Isso pode às vezes ser avaliado pela inabilidade do avaliador em rapidamente compreender as conexões entre os tópicos que o paciente discute.

Item 55: O paciente transmite expectativas positivas sobre a terapia.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente expressa o desejo ou expectativa de que a terapia seja de alguma ajuda. Uma colocação mais extrema nesta direção indica que o paciente expressa expectativas positivas irrealísticas, i.e., a terapia irá solucionar todos os seus problemas e será uma proteção contra dificuldades futuras; por exemplo, o cliente pode transmitir o desejo de que a terapia irá fornecer resultados rápidos.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente expressa crítica à terapia: por exemplo, transmite um sentimento de decepção de que a terapia não seja mais efetiva ou gratificante. Uma colocação mais extrema indica que o paciente expressa ceticismo, pessimismo ou desilusão sobre o que pode ser conseguido na terapia.

Item 56: O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus sentimentos (OBS: avalie como *neutro* se o afeto e o envolvimento for aparente, mas modulado).

Refere-se à atitude do paciente em relação ao material falado; o quanto ele parece se importar com o mesmo, assim como o quanto de expressão afetiva explícita existe. Coloque em direção do extremo *característico* se o paciente exhibe pouca preocupação ou sentimento e se é geralmente monótono, impessoal ou indiferente (a tensão pode ou não estar aparente).

Avalie como *não-característico* se o afeto e o envolvimento estiverem aparentes, mas bem modulados e balanceados por material mais leve. Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente expressa afeto abruptamente, ou tem ataques de emoção e profunda preocupação.

Item 57: O terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta explica algum aspecto da terapia para o paciente, ou responde a perguntas sobre o processo terapêutico. Por exemplo, o terapeuta pode dizer, em resposta a uma pergunta ou solicitação direta do paciente, que ele prefere não responder imediatamente, pois assim iria proporcionar uma melhor oportunidade para explorar pensamentos ou sentimentos associados à pergunta. Este item também possui a intenção de captar a ação do terapeuta de sugerir que o paciente use algumas técnicas

terapêuticas, ou de instruí-lo sobre como usa-las. Por exemplo, o terapeuta sugere ao paciente tentar concentrar-se nos seus sentimentos, ou fechar os olhos e tentar imaginar uma cena, ou ter uma conversa em fantasia com alguém durante a sessão.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se pouco ou nenhum esforço é feito pelo terapeuta para explicar as razões por trás de algum aspecto do tratamento, mesmo se houver pressão, ou alguma utilidade, em fazê-lo.

Item 58: O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente é relutante em examinar seu próprio papel em perpetuar os problemas. Por exemplo, recusando, evitando, bloqueando ou repetidamente mudando o assunto sempre que um assunto em particular é introduzido.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente ativamente contempla ou é capaz de perseguir linhas de pensamento que podem ser emocionalmente estressantes ou perturbadoras.

Item 59: O paciente se sente inadequado ou inferior (*versus* eficiente e superior).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente expressa sentimentos de inadequação, inferioridade ou ineficiência. Por exemplo, o paciente afirma que nada do que ele tenta fazer acontece da forma como ele espera que aconteça.

Coloque na direção do *não-característico* se o paciente expressa uma sensação de eficiência, superioridade, ou mesmo triunfo. Por exemplo, relata as suas realizações ou chama atenção para uma qualidade ou habilidade pessoal.

Item 60: O paciente tem uma experiência catártica (OBS: avalie como *não-característico* se a expressão emocional não for acompanhada de uma sensação de alívio).

Coloque na direção do *característico* se o paciente alivia-se ao dar vazão a sentimentos suprimidos ou reprimidos. Por exemplo, o paciente chora intensamente a morte de um dos pais e, então, diz ao terapeuta que se sente melhor por ter colocado esses sentimentos para fora.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se a experiência de afeto intenso não é seguida de uma sensação de relaxamento ou alívio.

Avalie como neutro se a experiência catártica tem pequeno ou nenhum papel na sessão.

Item 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (*versus* à vontade e seguro).

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece tímido, envergonhado, ou sem autoconfiança, ou, no extremo, humilhado ou mortificado.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente parece desinibido, autoconfiante ou seguro de si.

Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta aponta um padrão recorrente na experiência de vida ou comportamento do paciente. Por exemplo, o terapeuta comenta que a paciente se oferece de bandeja aos parceiros sexuais, atraindo, assim, tratamento pobre.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta não identifica um tema ou padrão repetido deste tipo.

Item 63: Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.

Coloque na direção do extremo *característico* se um foco importante de discussão forem os relacionamentos sociais ou de trabalho do paciente ou os seus envolvimentos emocionais pessoais (*exclui* discussão sobre a relação terapêutica [veja item 98] e *exclui* discussão sobre relacionamentos amorosos ou românticos [veja item 64]). Por exemplo, o paciente discute em algum momento a sua angústia acerca dos conflitos com o chefe.

Coloque na posição *não característico* se uma boa porção da sessão está dedicada à discussão de assuntos que não estão diretamente ligados a relacionamentos. Por exemplo, a compulsão do paciente com o trabalho do paciente, ou o impulso de realização, ou sua preocupação com comida e alimentação.

OBS: O item não se refere à discussão de relacionamentos em um passado distante. (Veja item 91, Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.).

Item 64: O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão.

Coloque na direção do extremo *característico* se se fala sobre relações românticas ou amorosas durante a hora terapêutica. Por exemplo, o paciente fala sobre sentimentos dirigidos a um parceiro romântico.

Coloque na direção do *não-característico* se relacionamentos amorosos não emergem como um assunto.

OBS: Este item se refere à *qualidade* do relacionamento como oposto ao estado conjugal. Por exemplo, discussão sobre relacionamento conjugal que não envolva amor ou romance *não* deveria ser avaliada na direção característica.

Item 65: O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente.

Coloque na direção do extremo *característico* se um aspecto da atividade do terapeuta é reafirmar ou reformular o tom afetivo, as afirmações, ou idéias do paciente de uma forma mais reconhecível com o intuito de tornar seu significado mais evidente. Por exemplo, o terapeuta comenta: “O que você parece estar dizendo é que você está preocupado sobre como será a terapia”.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se este tipo de atividade esclarecedora é raramente usado pelo terapeuta durante a hora terapêutica.

Item 66: O terapeuta é diretamente encorajador (OBS: coloque na direção do não-característico se o terapeuta tende a se abster de proporcionar apoio direto).

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta tenta aliviar as ansiedades do paciente de uma forma direta e alimenta a esperança de que as coisas vão melhorar. Por exemplo, o terapeuta diz ao paciente que não há motivo para preocupação, que ele tem certeza de que o problema pode ser resolvido.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta tende a se abster de prover este tipo de apoio direto quando é pressionado a fazê-lo.

Item 67: O terapeuta interpreta desejos, sentimentos, ou idéias rejeitadas ou inconscientes

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta chama a atenção do paciente para sentimentos, pensamentos ou impulsos que podem não estar claramente conscientes. O avaliador deve tentar inferir a qualidade do conteúdo mental (isto é, a extensão em que está na consciência) a partir do contexto da sessão (*excluir* interpretação de manobras defensivas veja Item 36).

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta se concentra sobre material que parece estar nítido na percepção consciente do paciente.

Item 68: Significados reais versus fantasiados de experiências são ativamente diferenciados

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta ou o paciente percebe diferenças entre as fantasias do paciente sobre um evento e a realidade objetiva. Por exemplo, o terapeuta

aponta que mesmo que o paciente possa ter nutrido desejos de morte em relação a alguém falecido, na realidade ele não causou o seu ataque cardíaco. Distorções e conclusões errôneas também devem ser incluídas. Por exemplo, o terapeuta pergunta de onde o paciente tirou a idéia, quando este repetidamente descreve o mundo como perigoso.

Coloque na direção do *não característico* se pouco da atividade da sessão terapêutica diz respeito a distorções da realidade.

Item 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente ou o terapeuta enfatiza eventos vitais muito recentes ou atuais. Por exemplo, o paciente fala sobre sua depressão pela morte recente de sua esposa.

Coloque na direção do *não-característico* se a discussão da atual situação de vida não foi um aspecto importante da sessão.

Item 70: O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.

Coloque na direção do extremo *característico* quando o paciente tenta lidar ou controlar fortes emoções ou impulsos. Por exemplo, o paciente luta para segurar as lágrimas quando está obviamente sofrendo.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente não parece fazer um esforço para controlar, restringir, ou mitigar sentimentos que está experimentando, ou tem pouca ou nenhuma dificuldade em controlá-los.

Item 71: O paciente é auto-acusatório; expressa vergonha ou culpa.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente expressa auto-acusações, vergonha, ou culpa. Por exemplo, o (a) paciente afirma que se tivesse prestado mais atenção à tristeza de sua/seu esposa/marido, o (a) companheiro (a) não teria cometido suicídio.

Coloque na direção do *não-característico* se o paciente não faz afirmações que refletem auto-acusações, sentimento de vergonha, ou dores na consciência.

Item 72: O paciente entende a natureza da terapia e o que é esperado.

A colocação na direção do extremo *característico* reflete a extensão em que o paciente parece compreender o que é esperado dele na situação e o que vai acontecer na terapia.

A colocação na direção do extremo *não-característico* sugere que o paciente está incerto ou confuso, ou não compreende qual é seu papel na terapia e o que é esperado nesta situação.

Item 73: O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece comprometido com o trabalho da terapia. Pode incluir a disposição para fazer sacrifícios para continuar o esforço em termos de tempo, dinheiro, ou inconveniência; também pode incluir o desejo genuíno de entender mais a respeito de si mesmo apesar do desconforto psicológico que isto pode

implicar. Por exemplo, um paciente está tão interessado em começar o tratamento que está disposto a abrir mão de seu jogo de golfe semanal para poder manter as consultas da terapia.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente parece ambivalente a respeito da terapia, ou não disposto a tolerar as dificuldades emocionais que a terapia pode ocasionar. Pode estar expresso em termos de reclamações sobre o custo da terapia, conflitos de horários, ou declarações de dúvidas a respeito da efetividade do tratamento, ou incerteza sobre o desejo de mudança.

Item 74: O humor é utilizado

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta ou o paciente demonstra humor durante a sessão. Isso pode aparecer na forma de um mecanismo de defesa/enfrentamento, no paciente; ou o terapeuta pode usar perspicácia ou ironia para fazer uma observação ou para facilitar o desenvolvimento de uma relação de trabalho com o paciente. Por exemplo, o paciente demonstra uma habilidade de rir de si mesmo ou de suas dificuldades.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se a interação parece ser grave, austera ou sombria.

Item 75: Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidas.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente ou o terapeuta falam a respeito de interrupções ou pausas no tratamento devido a férias ou doenças, por exemplo, ou sobre terminar a terapia. Inclui todas as referências a interrupções, ou término, isto é, seja isto um desejo, um temor, ou uma ameaça.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se a discussão sobre interrupções ou sobre o término do tratamento parece ser evitada. Por exemplo, uma interrupção longa no tratamento devido às férias de verão é mencionada por alto, mas nem o paciente nem o terapeuta busca discutir o assunto.

Classifique como *neutro* se não há referências sobre interrupção ou término.

Item 76: O terapeuta sugere que o paciente aceite a responsabilidade por seus problemas.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta tenta transmitir ao paciente que ele deve tomar alguma atitude, ou mudar de alguma forma, para melhorar suas dificuldades. Por exemplo, o terapeuta comenta: “Vamos dar uma olhada no que você poderia ter feito para causar esta resposta (de outra pessoa)”.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se em geral as atitudes do terapeuta não estão direcionadas a persuadir o paciente a assumir maior responsabilidade; ou se o terapeuta sugere que o paciente já assume responsabilidade em excesso.

Item 77: O terapeuta não tem tato.

Coloque na direção do extremo *característico* se os comentários do terapeuta parecem ser colocados de maneira que tendem a ser percebidos pelo paciente como nocivos ou depreciativos. Esta falta de tato ou de sensibilidade pode não ser resultante da contrariedade ou irritação do terapeuta, mas o resultado da falta de técnica, requinte, ou habilidade verbal.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se os comentários do terapeuta refletem amabilidade, consideração ou cuidados.

Item 78: O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente comporta-se de uma maneira que parece ter a intenção de fazer o terapeuta gostar dele, ou de ganhar sua atenção ou apoio.

Coloque na direção *não-característico* se o paciente não se comporta desta maneira.

Item 79: O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta faz comentários freqüentes ou dignos de nota a respeito de mudanças no humor ou na qualidade da experiência do paciente; por exemplo, o terapeuta nota que, em resposta aos seus comentários, o paciente mudou de uma atitude do tipo “não estou nem aí” para uma de sofrimento, mas trabalhando mais seriamente sobre seus problemas.

Coloque em direção ao extremo *não-característico* se o terapeuta tende a não fazer comentários sobre mudanças nos estados mentais do paciente durante a sessão.

Item 80: O terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta reformula o que o paciente descreveu de tal maneira que o paciente tende a ver a situação de modo diferente (“re-enquadre” ou “reestruturação cognitiva”). Um novo (e geralmente mais positivo) significado é dado ao mesmo conteúdo; por exemplo, após a paciente repreender-se por haver iniciado uma feia discussão com um parceiro amoroso, o terapeuta diz: “Talvez esta seja a sua maneira de expressar o que você precisa neste relacionamento”. Para pontuar este item, um evento ou experiência particular que foi reformulada deve ser identificada.

Coloque em direção do *não-característico* se isto não constitui um aspecto importante da atividade do terapeuta durante a sessão

Item 81: O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta enfatiza o conteúdo emocional do que o paciente descreveu para encorajar a experiência do afeto; por exemplo, o terapeuta sugere que a interação, recém descrita pelo paciente como se fosse uma estória, provavelmente fê-lo sentir-se bastante brabo.

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta não enfatiza a experiência do afeto ou parece interessado nas descrições objetivas do paciente.

Item 82: O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta faz comentários freqüentes ou dignos de nota sobre o comportamento do paciente durante a sessão de um modo que parece lançar uma nova luz sobre ele; por exemplo, o terapeuta sugere que o atraso do paciente na sessão pode ter um significado, ou o terapeuta nota que, quando o paciente começa a falar sobre assuntos emocionantes, ele rapidamente muda para outro foco.

Coloque em direção do extremo *não-característico* se o terapeuta tende a não reformular o comportamento do paciente na terapia.

Item 83: O paciente é exigente.

Coloque em direção ao extremo *característico* se o paciente faz mais que o número “usual” de exigências ou solicitações ao terapeuta ou pressiona o terapeuta a satisfazer um pedido; por exemplo: o paciente solicita horários noturnos, medicação, ou solicita mais estrutura ou atividade por parte do terapeuta.

Coloque em direção ao extremo *não-característico* se o paciente está relutante ou hesitante em fazer solicitações usuais ou apropriadas ao terapeuta; por exemplo: deixa de pedir outro horário apesar da colisão de horário com outro evento muito importante.

Item 84: O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos.

Coloque em direção ao extremo *característico* se o paciente expressa ressentimento, raiva, amargura, ódio ou agressividade (exclui estes sentimentos dirigidos ao terapeuta; ver item 1).

Coloque em direção ao *não-característico* se a expressão destes sentimentos não ocorre, ou se o paciente expressa sentimentos de afeição ou de amor.

Item 85: O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de comportar-se com os outros.

Coloque em direção ao extremo *característico* se o terapeuta sugere formas alternativas de relacionamento com as pessoas; por exemplo, o terapeuta pergunta ao paciente o que ele acha que poderia acontecer se ele fosse mais direto em contar à sua mãe sobre como ele se perturba quando ela resmunga. A alocação mais extrema implica que o terapeuta ativamente ensina o paciente sobre como interagir com os outros, ou ensaia novas formas de se comportar com os outros.

Coloque em direção ao extremo *não-característico* se o terapeuta tende a não fazer sugestões sobre como se relacionar com os outros.

Item 86: O terapeuta é seguro ou autoconfiante (*versus* inseguro ou defensivo).

Coloque em direção ao extremo *característico* se o terapeuta parece confiante, seguro e não-defensivo.

Avalie como *não-característico* se o terapeuta parece indeciso, envergonhado ou perdido.

Item 87: O paciente é controlador.

Coloque na direção do *característico* se o paciente exerce uma influência impeditiva ou diretiva na sessão. Por exemplo, o paciente domina a interação falando compulsivamente ou interrompe o terapeuta com frequência.

Coloque na direção do *não-característico* se o paciente não controla a interação, trabalhando com o terapeuta de um modo colaborador.

Item 88: O paciente traz temas e material significativos.

A colocação na direção do *característico* indica que o avaliador julga que aquilo que o paciente traz e fala durante a sessão está relacionado, de modo importante, com os conflitos psicológicos do paciente, ou são tópicos de preocupações reais.

Coloque em direção ao extremo *não-característico* se a discussão parece não-relacionada ou de alguma forma desvinculada das questões principais.

Item 89: O terapeuta age para fortalecer defesas.

Coloque em direção ao extremo *característico* se a postura do terapeuta se caracteriza por uma complacência calma e atenciosa que busca evitar perturbar o equilíbrio emocional do paciente ou se ele intervém ativamente para ajudar o paciente a evitar ou suprimir idéias ou sentimentos incômodos.

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta não age para reforçar defesas ou para suprimir pensamentos ou sentimentos penosos.

Item 90: Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.

Coloque em direção ao extremo *característico* se o conteúdo de um sonho ou de uma fantasia (sonhos diurnos ou noturnos) é um tema de discussão; Por exemplo, o paciente e o terapeuta exploram os possíveis significados de um sonho que o paciente teve na noite anterior ao início da terapia.

Coloque em direção ao extremo *não-característico* se há pouca ou nenhuma discussão de sonhos ou fantasias durante a sessão.

Item 91: Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.

Coloque em direção ao extremo *característico* se parte da sessão é tomada pela discussão da infância ou das lembranças dos primeiros anos de vida.

Coloque na direção do *não-característico* se pouco ou nenhum tempo é dedicado à discussão desses assuntos.

Item 92: Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados a situações ou comportamentos do passado.

Coloque em direção ao extremo *característico* se diversas ligações ou conexões dignas de nota são feitas entre a atual experiência emocional ou percepção de situações com aquelas do passado; por exemplo, o terapeuta aponta (ou o paciente se dá conta) que os atuais medos de abandono são derivados da perda de um dos pais na infância.

Coloque em direção ao extremo *não-característico* se experiências atuais ou passadas são discutidas, porém não claramente relacionadas.

Coloque em direção à categoria *neutro* se estes assuntos são muito pouco ou não discutidos.

Item 93: O terapeuta é neutro.

Coloque em direção ao extremo *característico* se o terapeuta tende a se abster de dar sua opinião ou visão sobre os assuntos que o paciente discute. O terapeuta assume o papel de um comentarista neutro, e o ponto de vista do paciente é proeminente no diálogo; por exemplo, a terapeuta pergunta como seria para o paciente se ela, a terapeuta, aprovasse a sua expressão de raiva e subseqüentemente pergunta como seria para ele se ela desaprovasse.

Coloque na direção do *não-característico* se o terapeuta expressa opiniões, ou assume posicionamentos, de forma implícita ou explícita; por exemplo, o terapeuta diz ao paciente que é muito importante que ele aprenda a expressar sua raiva, ou comenta que o relacionamento que o paciente está tendo no momento não é muito bom e que ele deveria considerar abandoná-lo.

OBS: neutralidade não é sinônimo de passividade. O terapeuta pode ser ativo e ainda assim manter uma postura neutra.

Item 94: O paciente sente-se triste ou deprimido (*versus* alegre ou animado).

Coloque na direção do extremo *característico* se o humor do paciente parece melancólico, triste ou deprimido.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o paciente parece satisfeito ou contente ou de alguma maneira transmite um sentimento de bem estar ou de alegria.

Item 95: O paciente sente-se ajudado.

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente indica de alguma maneira a sensação de sentir-se ajudado, aliviado ou encorajado.

A colocação na direção do *não-característico* indica que o paciente se sente desencorajado pelo modo como a terapia está progredindo, ou frustrado, ou controlado. (OBS: O item não se refere a situações externas à terapia.).

Item 96: Há discussão sobre horários ou honorários.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta e o paciente discutem a marcação ou re-marcação da sessão (horários, datas, etc.) ou se há discussão sobre o pagamento e assuntos afins.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se esses assuntos não aparecem.

Item 97: O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos

Coloque na direção do extremo *característico* se o paciente parece desarmado ou sem bloqueios. Neste caso, o paciente supera constrangimentos, cuidados, hesitações ou melindres comuns ao explorar e examinar pensamentos e sentimentos.

Coloque na direção do *não-característico* se o discurso do paciente parece hesitante ou inibido, mostra constrangimento, reserva ou um enrijecimento do controle, e não parece solto, livre e sem controle.

Item 98: A relação terapêutica é um foco de discussão.

Coloque na direção do extremo *característico* se a relação terapêutica é discutida. Por exemplo, o terapeuta chama a atenção para as características da interação ou do processo interpessoal que ocorre entre paciente e terapeuta.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta ou o paciente não comenta sobre a natureza das interações, isto é, mantém o foco no conteúdo.

Item 99: O terapeuta questiona a visão do paciente (*versus* valida as percepções do paciente).

Coloque na direção do extremo *característico* se de alguma maneira o terapeuta questiona a visão do paciente acerca de uma experiência ou acontecimento. Por exemplo, o terapeuta pode dizer: “Como é isso?” Ou “Eu me questiono a esse respeito” ou simplesmente profere um “hein”. Este item não se refere a interpretações ou re-enquadramentos no sentido de proporcionar um significado novo ou diferente para o discurso do paciente, mas, ao contrário, refere-se simplesmente a, de alguma forma, questionar o ponto de vista do paciente.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se o terapeuta de alguma maneira transmite um sentido de concordância, conformidade ou de comprovação da perspectiva do paciente; por exemplo, o terapeuta pode dizer: “Eu acho que você está bastante certo sobre isto” ou “Você parece ter tido uma boa dose de compreensão sobre isto”.

Item 100: O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.

Coloque na direção do extremo *característico* se o terapeuta faz muitos (ou poucos e importantes) comentários ligando os sentimentos do paciente para com o terapeuta e os

sentimentos para com outros indivíduos significativos de sua vida. Inclui relacionamentos atuais e relacionamentos passados ou atuais com os pais (transferência/ligação com pais); por exemplo, a terapeuta afirma que pensa que a paciente algumas vezes receia que ela vá criticá-la tal como sua mãe o faz.

Coloque na direção do extremo *não-característico* se a atividade do terapeuta durante a sessão inclui nenhuma ou poucas tentativas de ligar aspectos interpessoais da terapia com experiências em outros relacionamentos.

