

ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ESTUDO DE PROCESSOS
PSICANALÍTICOS COM O PQS:
DIFERENÇAS NA AÇÃO TERAPÊUTICA
DE ACORDO COM A PERSONALIDADE
DO PACIENTE

MARGARIDA FRANCO COIMBRA MARQUES

Orientador de Dissertação:
PROF. DOUTOR ANTÓNIO PIRES

Co-Orientadora:
DR.^a CAROLINA SEYBERT

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROF. DOUTOR ANTÓNIO PIRES

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do
grau de:**

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António Pires, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Embora uma tese seja, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor António Pires, meu orientador, pelo acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade revelada, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

À Carolina Seybert, minha co-orientadora, por me colocar o desafio de tentar sempre fazer melhor, pela competência científica e orientação dada, por me ter ensinado com prazer e dedicação, bem como pela disponibilidade e amizade então demonstradas.

À Joana Carmo, pelo inestimável apoio e colaboração na cotação dos resultados.

Aos colegas de turma, nomeadamente à Carolina Malheiro, pela partilha de dados.

À minha família, pela compreensão e ternura sempre manifestadas, pelo orgulho com que sempre reagiram aos meus resultados académicos ao longo dos anos, e por me terem apoiado a seguir os meus objetivos.

Ao meu namorado que com muita paciência e consideração me apoiou diariamente e apazigou as minhas angústias.

Aos meus amigos e colegas que tão bem contiveram as minhas ansiedades, e manifestaram carinho e confiança, fazendo-me sempre acreditar que seria capaz!

Mais uma vez, a todos os meus sinceros agradecimentos!

ÍNDICE

Artigo de Revisão de Literatura

Psychotherapy Process Q-Set.....	1
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Breve Introdução à Investigação de Processos.....	5
Psychotherapy Process Q-Set (PQS).....	6
PQS e Investigações.....	9
Conclusão.....	20
Referências Bibliográficas.....	21

Artigo Empírico

Estudo de processos psicanalíticos com o PQS: Diferenças na ação terapêutica de acordo com a personalidade do paciente.....	28
Resumo.....	29
Abstract.....	30
Introdução.....	31
Método.....	33
Participantes.....	33
Instrumentos.....	34

Procedimentos.....	36
Resultados.....	37
Discussão.....	51
Referências Bibliográficas.....	56
Anexos.....	63
Anexo A – Tabela estudos empíricos.....	64
Anexo B- Resultados SCL-90- R da Paciente A e Paciente B.....	71
Anexo C -Resultados SWAP-200 para a Paciente A e Paciente B.....	73
Anexo D- Resultados das análises Parciais aos itens do Terapeuta, Paciente e Interação.....	77
Anexo E- Protótipos Ablon & Jones (1998).....	82
Anexo F- Protótipos e Dimensões Parciais Pole, Ablon & O’Connor.....	87
Anexo G- Cotações PQS Paciente A.....	91
Anexo H- Cotações PQS Paciente B.....	95

Lista de Tabelas

Tabela 1. Itens mais e menos característicos do caso A... ..	39
Tabela 2. Itens mais e menos característicos do caso B	41
Tabela 3. Diferenças entre os itens mais e menos característicos dos dois casos.....	43
Tabela 4. Comparação das médias dos itens de contratransferência nos dois casos.....	50

Lista de Figuras

Figura 1. Comparação da adesão aos protótipos nos dois casos.....	45
Figura 2. Adesão total do Caso A aos protótipos PDT, CBT e IPT ao longo do tempo.....	46
Figura 3. Adesão total do Caso B aos protótipos PDT, CBT e IPT ao longo do tempo.....	46
Figura 4. Comparação da adesão do terapeuta aos protótipos nos dois casos.....	47
Figura 5. Adesão total do terapeuta aos protótipos PDT, CBT e IPT ao longo do tempo, no Caso A.....	48
Figura 6. Adesão total do terapeuta aos protótipos PDT, CBT e IPT ao longo do tempo, no Caso B.....	48
Figura 7. Comparação da adesão das pacientes aos protótipos nos dois casos.....	49

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET

RESUMO

Desde os primórdios, a psicanálise ocupou-se do estudo do processo terapêutico do ponto de vista clínico. Devido à complexidade destes fenómenos, difíceis de abordar de forma empírica, têm sido criados instrumentos para a investigação sistemática do processo terapêutico, tentando criar parâmetros científicos de rigor. O Psychotherapy Process Q-set (PQS, Jones, 2000) surge para corresponder a estes requisitos, com o sentido de tornar objetivas as impressões e formulações derivadas de uma quantidade substancial de material clínico, preservando a sua profundidade e complexidade, e permitindo a sua classificação de uma forma adequada para a análise quantitativa. Reviu-se a literatura sobre o PQS e concluiu-se que este tem vindo a ser eficazmente utilizado para identificar: quais os processos que influenciam o tratamento, como estes processos mudam ao longo do tempo, e como estão associados com os resultados terapêuticos.

Palavras-chave: Processo Psicanalítico, Psychotherapy Process Q-set.

ABSTRACT

Since the beginning, psychoanalysis took up the study of the therapeutic process from a clinical standpoint. Due to the complexity of these phenomena, and the difficulty to address them empirically, there has been an effort to develop instruments that allow the systematic investigation of the therapeutic process, in order to create parameters of scientific rigor. The Psychotherapy Process Q-set (PQS, Jones, 2000), was developed to meet these requirements, objectifying impressions and formulations derived from a substantial amount of clinical material. The present study intends to be a literature review on this instrument, designed to preserve the depth and complexity of the therapeutic process, and at the same time, allowing a way of rating it, in a form suitable for quantitative analysis. We concluded that the PQS has been effectively applied to describe: what are the processes that influence treatment, how do these processes change over time, and how are they associated with outcome.

Keywords: Psychoanalytic Process, Psychotherapy Process Q-set.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a investigação em psicoterapia tem-se baseado em estudos para avaliar a sua eficácia. Recentemente, no entanto, a ênfase alterou-se, e agora o foco está em pôr a descoberto os fatores terapêuticos que contribuem para os seus resultados positivos. Este tipo de pesquisa tem vindo a ser designada como investigação de processos.

Uma dificuldade fundamental para a pesquisa de processos psicanalíticos reside na utilização de métodos que preservem a profundidade e complexidade do material clínico, enquanto cumprem os requisitos da ciência empírica. Um problema particular, é que, os observadores clínicos, podem variar muito nos conceitos que usam na sua linguagem descritiva. A questão da gestão das diferenças na inferência ou julgamento entre especialistas clínicos é particularmente importante. É crucial que qualquer método de pesquisa estabeleça o grau de consenso, ou fiabilidade entre os juízes, sobre a presença e a natureza de um fenómeno clínico. Considera-se que o *Psychotherapy Process Q-set* (PQS; Jones 2000), alvo do presente estudo, permite fazer face a estas questões.

Revemos a literatura sobre o *Psychotherapy Process Q-set* (PQS; Jones 2000), um método empírico de análise de processos, uma estratégia que tem revelado capacidades para suprimir algumas das críticas feitas aos métodos empíricos, e que tem demonstrado o seu valor na investigação psicanalítica. Para isso, realizou-se uma pesquisa na *EBSCO* seleccionando-se as bases de dados e centros de documentação: *PsycINFO*; *PsycARTICLES*; *PEP Archive*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; *Academic Search Complete*; *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. As palavras-chave utilizadas foram: *process* and *Psychotherapy Process Q-Set*. Obtiveram-se 38 títulos de estudos empíricos que utilizaram este instrumento ¹.

¹ Os artigos assinalados nas referências com asterisco (*) correspondem a estudos empíricos efetuados com o PQS. No anexo A pode consultar-se a tabela dos estudos empíricos.

BREVE INTRODUÇÃO À INVESTIGAÇÃO DE PROCESSOS

Russell e Orlinsky (1996) dividem a história da pesquisa em psicoterapia em quatro etapas, sendo que, a atual apresenta um crescente interesse pelo estudo do processo terapêutico. Referindo-se especificamente à pesquisa psicanalítica, Wallerstein (2001) descreve quatro gerações sucessivas, dividindo-as, não numa perspectiva temporal, mas pela sua evolução conceptual e metodológica.

A primeira geração (1917 a 1968) teve início com o levantamento de Coriat sobre resultados terapêuticos, e caracterizou-se pela dificuldade metodológica, falta de consenso nos critérios e, pela avaliação enviesada dos próprios terapeutas. Os esforços para resolver estas questões impulsionaram os estudos de segunda geração (Wallerstein, 2003) no final da década de 60, na Europa e EUA. Esta segunda geração (1959 a 1985) corresponde a estudos em maior escala, prospectivos e comparativos, com múltiplas medidas e mais rigor no tratamento das variáveis. A terceira geração, contemporânea à segunda, alia a avaliação do processo com os resultados terapêuticos, mediante a aplicação de múltiplas medidas através do tempo. Os estudos de terceira geração (1954 a 1986) combinam as abordagens metodológicas dos estudos da geração anterior, tendo em conta a avaliação de resultados terapêuticos por um período mais longo, através de estudos intensivos e longitudinais. Compreendem a investigação formal e sistemática da avaliação de produtos, mas também se preocupam com a análise de processos, através dos quais, se originaram esses resultados.

A quarta geração encontra-se *in status nascendi* e concentra o seu questionamento na natureza do processo terapêutico, investigado em profundidade através de gravações áudio e vídeo (Serralta, Pole, Nunes, Eizirik & Olsen, 2010). Esta geração (1970 -) de pesquisa em psicoterapia psicanalítica encontra-se ainda em desenvolvimento, apoiada por toda a variedade de estratégias de investigação que se formaram durante as décadas anteriores.

Relativamente ao tipo de métodos de pesquisa que são mais adequados para investigar hipóteses psicanalíticas, ficam ainda por resolver algumas questões (Seybert, 2011). A tentativa de integrar todas as investigações de processo e produto é um projeto ambicioso que levanta muitas dificuldades. Entre elas, um grande investimento financeiro, a partilha do banco de dados e, até mesmo, a identificação de todos os grupos de investigação com bases conceptuais, instrumentos e modos de funcionamento específicos. O estudo da interação terapêutica, em sessões completas ou em fragmentos de sessões gravadas e transcritas, é ainda

“música para o futuro”, como pode ser observado na revisão de literatura sobre pesquisa psicanalítica levada a cabo por Fonagy et al. (1999), na qual, dos cinquenta projetos listados, apenas nove eram de estudos “puros” de processo e seis de processo/resultado. Na realidade, muitos estudos ditos de processo são, de fato, microestudos de resultados.

Com o intuito de dar resposta às necessidades de se considerar o processo terapêutico, multiplicaram-se os instrumentos de medida de processos (Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge & Blais, 2005; Ogrodniczuk & Piper, 1999; Goldfried, Newman & Hayes, 1989; Dahl & Teller, 1994; Luborsky, 1994; Scharf, Mayselless & Baron, 2004). Estes instrumentos diferem no tipo de intervenções que cotam, nos métodos de cotação, no treino necessário, e no tempo e esforço a que obrigam. Não existe uma medida ótima do processo psicodinâmico, a seleção de um instrumento deve ser feita consoante os objetivos que o investigador tem em mente. No entanto, acredita-se que o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS, Jones, 2000), alvo do presente estudo, reflete a importância, não só de determinar quais os aspetos de um tratamento que contribuem para a melhoria do paciente, mas também, de descrever os processos únicos que ocorrem em díades individuais de terapeutas e pacientes (Smith-Hansen, Levy, Seybert, Erhardt & Ablon, 2012).

Assim, o estudo do processo terapêutico possibilita a criação de modelos de ação terapêutica (Jones, 2000), permitindo analisar o papel dos fatores específicos, por exemplo as técnicas, e comuns, como a aliança terapêutica, e de que forma estes contribuem diferentemente para a mudança em psicoterapia.

PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET (PQS)

O Psychotherapy Process Q-set (PQS), desenvolvido por Jones (2000), foi concebido para fornecer uma linguagem de base para a descrição e classificação dos processos de tratamento, de uma forma adequada para a análise quantitativa. Este instrumento permite formalizar e tornar explícito o que geralmente permanece informal, implícito e intuitivo, e ajuda a alcançar descrições confiáveis de processos de tratamento complexos.

O PQS (Jones, 2000) é um instrumento de classificação com 100 itens que descrevem ações e intervenções do terapeuta (por exemplo, o terapeuta centra-se nos sentimentos de culpa do paciente), respostas do paciente (por exemplo, o paciente não se sente compreendido pelo terapeuta), o teor da sessão (por exemplo, são discutidos os horários das sessões ou os

honorários), bem como as atitudes do terapeuta (por exemplo, terapeuta é distante, indiferente) e as atitudes do paciente (por exemplo, o paciente está ansioso ou tenso).

Os 100 itens que compõem o PQS representam uma seleção empiricamente guiada de um grupo de várias centenas de itens obtidos a partir de medidas de outros processos, bem como novos itens construídos por um painel de especialistas. Várias versões deste Q-set foram testadas numa série de estudos-piloto realizados em dezenas de transcrições, vídeos e áudios de tratamentos psicanalíticos e várias outras formas de psicoterapia. Cada item foi individualmente discutido em relação à sua clareza, a sua importância para a psicoterapia e análise, e as suas implicações para a suficiência do instrumento (Seybert, 2011).

Depois de estudar a transcrição (ou sessão áudio ou vídeo) de uma hora de tratamento, ordenam-se os 100 itens. Estes são classificados em nove categorias num *continuum* do menos característico (categoria 1) para o mais característico (categoria 9). A pilha média (categoria 5) é usada para itens considerados neutros ou irrelevantes para a sessão em particular a ser avaliada. Esta distribuição de itens aproxima-se de uma curva normal.

Este instrumento foi criado para ser aplicado a um registo de uma hora de tratamento único, como a unidade de observação, tendo sido desenvolvido com base na metodologia Q-Sort (Stephenson, 1953; Block, 1978), uma técnica de classificação que permite a descrição de dados qualitativos (ex. Q-Sort de técnicas anos 50/60 de Strupp). A aplicação da técnica de Q-Sort a uma hora de tratamento, em todos os seus elementos, tem a vantagem de permitir estudar o material cuidadosamente para confirmação de conceituações alternativas, e para avaliar o desenvolvimento gradual do significado de eventos dentro de uma hora. Isso proporciona um meio de objetificar as impressões e formulações derivadas de uma quantidade substancial de material clínico, enquanto, ao mesmo tempo, resume o material através da ordenação de um conjunto de instruções que descrevem vários aspetos do processo analítico ou terapêutico.

As razões para a utilização de uma distribuição fixa são fornecidas por Block (1961), mas podem ser resumidas. Primeiro, a distribuição fixa elimina certas tendências no processo de notação; segundo, a distribuição fixa garante que os juízes farão discriminações múltiplas entre itens. Ao assegurar discriminações múltiplas, outro viés de resposta comum, o efeito “halo”, é reduzido, isto é, os juízes não podem simplesmente agrupar todos os itens favoráveis ou desfavoráveis, sem fazer distinções entre eles. Terceiro, uma distribuição com menos itens nas categorias extremas põe em maior relevo as características mais importantes da descrição;

efetivamente, os itens extremados recebem maior ênfase. Finalmente, se todos os tipos de Q itens têm a mesma distribuição, a análise estatística dos dados é muito facilitada.

O PQS captura uma ampla gama de fenômenos no domínio do processo analítico e terapêutico, incluindo manifestações de transferência, resistência e de reconstrução, bem como a atividade do terapeuta e postura e estados afetivos do paciente.

Os pontos fortes do PQS incluem itens descritivos, um grande número de intervenções, atitudes e interações cotadas, o uso de uma metodologia Q-Sort, a inclusão de protótipos de psicoterapia múltiplos, e a sua utilidade para múltiplos fins de investigação. Várias medidas de processos limitam o seu uso a determinados tipos de terapia, correntes teóricas, ou a um tempo limitado da sessão, o Psychotherapy Process Q-Sort (Jones, 2000) permite fazer face a essas limitações, possibilitando explorar processos chave que ocorrem durante um tratamento, naturalístico ou manualizado, em diversas orientações teóricas, e tendo como unidade de análise uma hora completa de sessão. Os itens são também escritos de forma descritiva, projetada para a inferência mínima por parte do avaliador. Assim, os avaliadores com diferentes orientações teóricas podem usar este instrumento, permitindo a avaliação detalhada de numerosas intervenções, atitudes do paciente, terapeuta e suas interações. Adicionalmente, foram desenvolvidos protótipos do “ideal” de uma sessão para uma grande variedade de abordagens psicoterapêuticas, e a linguagem neutra dos itens faz do PQS uma medida muito eficaz para a investigação comparativa de processos. A utilização do PQS é bastante ampla, este pode ser usado para uma série de fins de pesquisa, incluindo as análises macro, como a avaliação da adesão dos terapeutas a uma abordagem terapêutica particular, e micro análises, como determinar que intervenções específicas estão relacionadas com os resultados.

O instrumento também demonstrou confiabilidade e validade através de uma variedade de diferentes amostras de tratamento, incluindo tratamentos psicodinâmicos, cognitivo-comportamentais, gestalt, terapias interpessoais, etc. (Ablon & Jones, 1999, 2002; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones, Hall & Park, 1991; Jones & Pulos, 1993). A fiabilidade entre avaliadores em todos os 100 itens tem sido consistentemente entre 0,83 e 0,89 por par avaliador. As análises de itens individuais também geraram excelentes valores (entre .50 e .95) em todas amostras. A construção da medida e validade discriminante também foi demonstrada através de estudos (Jones et al., 1988; Jones et al., 1991; Jones, Krupnick & Kerig, 1987; Jones & Pulos, 1993).

Jones desenvolveu pela primeira vez o manual PQS há 27 anos atrás (Jones, 1985), mas mais tarde publicou-o no seu livro *Ação Terapêutica* (Jones, 2000). Até agora, a medida existe em papel e versões eletrônicas, e foi revisto, atualizado e traduzido em numerosas línguas estrangeiras, incluindo alemão (Albani, Ablon, Levy, Mertens & Kächele, 2008), japonês (Ablon & Goodrich, 2004), brasileiro (Serralta, Nunes & Ezirik, 2007), Espanhol (Ávila-Espada, Rampulla, Vidal & Herrero, 2008) e português (Carmo, Horgan, Pires & Seybert, 2012).

Apesar destas vantagens, há também um punhado de inconvenientes associados à utilização do PQS. O instrumento requer treino formal bastante intenso, e exige algum tempo até que os avaliadores se familiarizem com todos os itens. Também a classificação com o PQS requer alguma experiência e familiaridade com a realização de psicoterapia. A classificação do processo terapêutico com o PQS também envolve um investimento substancial de tempo e energia e a avaliação de uma única sessão requer que o avaliador reveja toda a sessão e em seguida, classifique todos os 100 itens. Como tal, o processo de classificação leva normalmente entre 90 a 120 minutos (Siefert, Defife & Baity, 2009).

PQS E INVESTIGAÇÕES

O PQS tem vindo a ser utilizado para estudar o processo terapêutico em diversas investigações, desde estudos de caso, a grandes ensaios clínicos controlados. Este instrumento tem ajudado os investigadores a explorar processos chave que ocorrem durante o tratamento, em diversas orientações teóricas, incluindo a psicanálise e psicoterapia psicanalítica, a terapia cognitivo-comportamental ou a terapia interpessoal (Smith- Hansen et al., 2012).

Pesquisa Inicial

Um dos primeiros estudos conduzidos com o PQS confirmou a crença de Jones de que os fatores comuns a diferentes orientações terapêuticas não eram os únicos responsáveis pela mudança dos pacientes. Jones et al. (1988), mostraram com as suas investigações, que consoante a severidade dos sintomas, diferentes itens do PQS estariam associados ao sucesso terapêutico. Ou seja, provaram a hipótese de que os fatores específicos eram de fato preditivos

dos resultados do tratamento, embora geralmente em interação com o nível de perturbação pré-tratamento do paciente.

Noutro estudo inicial utilizando o PQS, Jones Parker & Pulos (1992) estudaram o desenvolvimento do processo ao longo do tempo, em pacientes com perturbações neuróticas, consultados em psicoterapia dinâmica breve. Este estudo confirmou a importância das técnicas dinâmicas, incluindo a transferência e a interpretação das defesas, e sugeriu que os tratamentos eram caracterizados por uma mudança gradual, de uma construção pessoal externa e orientada para a realidade das dificuldades, para o ênfase na experiência interna e na relação com o terapeuta.

Comparar o processo em diferentes tipos de tratamento

Jones & Pulos (1993) usaram o PQS para comparar o processo em terapia psicodinâmica e cognitivo comportamental. Eles descobriram que os dois tratamentos eram semelhantes relativamente a importantes características dos pacientes, atitudes e estados emocionais, e que as principais diferenças se encontravam em termos da postura do terapeuta e da técnica. Os resultados demonstraram que as técnicas dos terapeutas estavam de acordo com o seu quadro teórico, sendo que, na terapia cognitivo-comportamental, estes promoviam o controlo do afeto negativo através do uso da racionalidade, combinada com um estímulo vigoroso, apoio e garantia do terapeuta. Em psicoterapias psicodinâmicas, houve uma ênfase na evocação de afeto, em trazer sentimentos incómodos à consciência e na integração atual de dificuldades com a experiência de vida anterior, usando a relação terapeuta-paciente como um agente de mudança.

Estas descobertas representaram um grande avanço metodológico no uso da análise de fatores para comparar os dois tipos de tratamento (Ablon, Levy & Hansen, 2011). A técnica psicodinâmica estava correlacionada significativamente com quatro das cinco medidas de melhoria encontradas na CBT. Em contraste, as técnicas CBT não tinham qualquer associação com as medidas de progresso terapêutico da própria orientação teórica, mas demonstraram uma associação negativa com uma das quatro medidas de resultados do tratamento dinâmico

Aderência a protótipos

As descobertas de Jones & Pulos impulsionaram o estudo sistemático para tentar perceber qual a incidência e efeitos de “emprestar” processos de tratamento de uma abordagem para outra (Smith- Hansen et al. 2012).

Esta nova forma de pesquisa iniciou-se quando Ablon & Jones (1998) desenvolveram protótipos do que seria “ideal” numa sessão terapia psicodinâmica (PDT) e cognitiva comportamental (CBT) para perceber como os tratamentos aderiam a esses protótipos, e se correlacionavam com os resultados da terapia. Neste primeiro estudo, surpreendentemente, os terapeutas dinâmicos utilizaram uma maior heterogeneidade de técnicas, enquanto os CBT mantiveram uma maior aderência à sua própria orientação. O protótipo psicodinâmico esteve correlacionado com um resultado positivo, tanto na terapia CBT como na PDT, enquanto o protótipo CBT não esteve correlacionado significativamente com o progresso positivo em nenhum dos tipos de terapia.

Em consequência dos resultados obtidos, Ablon & Jones (1999; 2002) replicaram o estudo usando dados do NIMH Treatment of Depression a Collaborative Research Program (TDCRP), uma base de dados proveniente de um ensaio clínico controlado para a depressão que foi utilizado em diferentes investigações (Ablon, Levy & Hansen, 2011). Os autores colocaram a hipótese que os regimes especificados nos manuais de psicoterapia, comparados com um estudo clínico controlado, se sobrepõem consideravelmente em processo e técnica, e que as estratégias de intervenção comuns a ambos os tratamentos seriam responsáveis por promover a mudança do paciente. Os resultados demonstraram que havia áreas importantes do processo que se sobrepunham, assim como diferenças chave entre as mesmas. Observaram-se importantes diferenças relativamente à postura do terapeuta, atividade e técnica, que foram concordantes com a sua prescrição teórica, mas as características dos pacientes entre as sessões foi bastante semelhante. Tanto a psicoterapia interpessoal (IPT) como a terapia cognitiva comportamental (CBT) aderiam mais fortemente ao protótipo ideal da terapia cognitiva comportamental. Além disso, o protótipo cognitivo demonstrou correlações mais positivas com a melhoria dos pacientes em ambos os tipos de tratamento.

Coombs, Coleman & Jones (2002), utilizando os mesmos dados do TDCRP, exploraram a expressão de emoção do paciente, a postura do terapeuta e, a relação destes processos com os resultados terapêuticos. Perceberam que existiam diferenças significativas entre a quantidade de afetos dolorosos na CBT e IPT. A análise fatorial revelou três fatores primários. A exploração emocional colaborativa, presente em CBT e IPT, estava

correlacionada com resultados positivos. O processo educativo ou diretivo não estava. A inibição do paciente era mais elevada em IPT e associada com a melhoria. Pacientes com nível elevado de emoção dolorosa tenderam a ter piores resultados nestes tratamentos breves. Quando as emoções dolorosas do paciente aumentavam, os terapeutas mostraram dificuldades em aplicar intervenções de uma modalidade específica.

Karlsson & Kermott (2006) utilizaram o mesmo conjunto de dados para investigar a função reflexiva (RF). Os resultados correlacionam a alta RF (Fonagy, Target & Steele, 1998) com bons resultados, e esta manteve-se estável ou diminuiu durante os tratamentos, parecendo estar ligada com características de personalidade nos pacientes.

Tomados em conjunto, os resultados da TDCRP foram importantes para se perceber o processo de psicoterapia e os resultados em tratamentos CBT e IPT. No entanto, eles também revelaram as limitações significativas de estudos controlados de tratamentos quando se trata de estudar o processo em psicoterapia. Esta constatação levou à próxima onda de pesquisa utilizando o PQS para estudar psicoterapias naturalísticas (Ablon, Levy & Smith- Hansen, 2011).

Aderência a protótipos em tratamentos naturalísticos

Jones sugeriu que apesar dos ensaios clínicos controlados assegurarem máxima validade interna, os tratamentos naturalísticos são um complemento importante para que se estude o processo terapêutico de uma forma mais ecologicamente válida (Smith- Hansen et al., 2012).

Para complementar o estudo feito com os dados do TDCRP e outros ensaios clínicos controlados, Ablon, Levy & Katzenstein (2006) estudaram 17 tratamentos naturalísticos de terapeutas que se auto intitulavam dinâmicos. Usando o PQS, perceberam que os tratamentos eram caracterizados por elementos integrativos. Apesar da aderência ao protótipo CBT ser mais característico, a aderência ao processo IPT ou psicodinâmico foi mais preditor de progresso.

Ablon & Jones (2005) voltaram a usar o PQS, para aplicar o protótipo de uma hora ideal psicanalítica a transcrições de três amostras de tratamento arquivadas: psicanálise, terapias psicodinâmicas de longo prazo, e breves. Perceberam que o processo analítico estava significativamente mais presente em psicanálises do que nas terapias analíticas de longo prazo e com um segundo estudo demonstraram que apesar do consenso sobre a sua definição, não

existe apenas um processo analítico adequado; pelo contrário, há processos de mudança únicos para cada díade. Com dois estudos de caso quantitativos, os autores ilustraram também, como cada par analítico teve um padrão de interação único, ligado ao progresso do tratamento. Com esta investigação, os autores descrevem um modelo bi-pessoal e evidenciam que as tentativas de criar pontes entre as teorias e a ação terapêutica se devem concentrar no ênfase da experiência do paciente relativamente ao terapeuta.

Seybert (2011) também utilizou o PQS para comparar variáveis de processo em psicanálise e psicoterapia psicodinâmica de curto e longo prazo. Estas foram comparadas como um todo e em diferentes momentos de terapia. No geral, foram encontradas mais semelhanças do que diferenças. As técnicas de terapia foram aplicadas de forma semelhante em todas as amostras, nomeadamente técnicas específicas da psicanálise como a interpretação. Impressionante foi a quantidade de técnicas psicanalíticas aplicadas na amostra de PIP de curto prazo, assim como o facto de ter sido este tipo de terapia, a que apresentou correlação mais alta com o protótipo psicanalítico. Para além de verificar que a duração da terapia tem uma maior influência nas técnicas utilizadas do que o próprio *setting*, Seybert (2011) levantou algumas questões, nomeadamente, sobre o que é então prototípico, já levantadas por Serralta et al. (2010), relativamente à relatividade dos protótipos, que podem refletir diferenças culturais e de escolas psicanalíticas de inspiração americana.

Cominos & Greyer (2005) compararam o processo em sessões iniciais com pacientes com uma resposta rápida ao tratamento (*rapid responders*), e outros que normalmente reagem de uma forma mais gradual (*gradual responders*). Os resultados revelaram que os *rapid responders* estavam melhor adaptados para lidar e trabalhar com sentimentos intensos, como a culpa, nos estádios iniciais da terapia. Por contraste, os *gradual responders* tinham altos níveis de defensividade e externalização no início do tratamento, apesar de não existirem diferenças na aliança terapêutica. Estes resultados confirmam a importância de se focar os afetos durante o tratamento, utilizando diferentes processos terapêuticos, dependendo das características dos pacientes.

Estudos de Caso

O primeiro estudo de caso sistemático que utilizou o PQS foi conduzido por Jones e Windholz (1990), estes examinaram uma psicanálise de 6 anos da Mrs. C.

A fim de proporcionar uma visão dos processos salientes no tratamento em geral, os autores identificaram pela primeira vez os itens que demonstraram avaliações consistentemente elevadas e pouca variabilidade ao longo do tempo. Consistente com a técnica psicanalítica tradicional, os resultados mostraram que a posição do analista foi consistentemente neutra, aceitante e não defensiva, e que este se absteve de oferecer apoio direto, tranquilidade, e conselhos. A paciente foi constantemente classificada como ansiosa, tensa, ativa em iniciar o diálogo, mas não controladora, nem exigente. Curiosamente, os autores encontraram evidências para a emergência de uma neurose de transferência, no quarto ano da análise. Os Q-descritores identificaram uma elevação notável de resistências e sintomas, bem como um aumento do efeito perturbador durante as horas de análise, especialmente de sentimentos de culpa e hostilidade intensa em direção ao analista. Durante o período de seis anos, os autores descobriram que o discurso da Mrs. C. se tornou gradualmente menos intelectualizado e dominado pela racionalização, e cada vez mais refletiu um maior acesso à sua vida emocional e um desenvolvimento da capacidade de livre associação. O analista tornou-se gradualmente mais ativo em desafiar a compreensão da paciente, identificando padrões recorrentes na sua experiência de vida e comportamento, interpretando defesas e sentimentos, e enfatizando o que esta considerava errado, perigoso ou inaceitável.

Jones, Ghannam, Nigg & Dyer (1993), voltaram a utilizar o caso da Mrs. C para efetuar uma análise bidirecional de efeitos causais, demonstrando que os processos de influência entre terapeuta e paciente eram mútuos e recíprocos, e sugerindo que o efeito do paciente sobre o terapeuta e sobre o processo não tem sido suficientemente explícito nos modelos anteriores do processo e de mudança. Pretenderam evidenciar assim o potencial do estudo intensivo de um caso único para descobrir efeitos causais em psicoterapia.

Spence, Dahl & Jones (1993) estudaram setenta horas do caso psicanalítico da mesma paciente e perceberam que a associação livre aumentou significativamente durante o curso do tratamento, estando relacionada com o número de intervenções do analista por hora, mas apenas nas fases posteriores da terapia.

Pole & Jones (1998) utilizaram as sessões arquivadas do tratamento da paciente M para investigar porque, ao contrário daquilo que seria convencional segundo os pressupostos teóricos psicanalíticos, a diminuição da aceitação do terapeuta e da sua neutralidade levaram a uma melhoria dos sintomas na paciente e, como exatamente a terapia contribuiu para as suas outras melhorias, nomeadamente, a sua maior consciencialização da culpa inconsciente. Os

autores, além disso, examinaram se o grau de associação livre e a discussão de temas-chave (relacionados com a mãe, pai, irmão e culpa) estavam relacionados com os resultados do tratamento. Usando a análise de séries temporais, os autores descobriram que a associação livre da paciente (isto é, o grau em que ela falou livremente e explorou processos intrapsíquicos em profundidade) aumentou ao longo do curso do tratamento e foi facilitada pelo uso de técnicas psicodinâmicas pelo terapeuta, que por sua vez fizeram prever melhoria sintomática. A análise de temas-chave mostrou que o Dr. X demonstrou uma postura não-neutra e confrontativa durante a discussão de certos temas (mãe, pai e culpa), mas não outros (irmão), ativamente tomando a posição de que a M tinha o direito de ser uma mãe melhor para os seus filhos, sem ter de temer ferir os sentimentos da sua própria mãe. A análise demonstrou que os sintomas de M foram melhorando através da discussão de tópicos específicos (mãe ou pai), mas não de outros (irmão).

Albani et al. (2002) utilizaram o PQS para examinar cinco horas de terapia do início do tratamento e cinco horas do final do tratamento de uma paciente (Amália) em análise. Os PQS itens que eram característicos em todas estas 10 sessões incluíram o analista ser empático, neutro, aceitante e com tato, enquanto o paciente foi sempre ativo no início da hora, trazendo questões importantes e relevantes, falando do desejo de se separar, e aceitando comentários e observações do analista. As sessões foram consistentemente caracterizadas como tendo um foco específico, por exemplo, a imagem corporal da paciente, relacionamentos, ou temas cognitivos. Para a comparação entre o processo de tratamento inicial e final, os autores identificaram vários itens do PQS que ilustravam as duas fases do tratamento. No início, o analista pediu mais vezes mais informação, esclareceu e facilitou o discurso da paciente, identificando temas recorrentes na experiência da mesma. A paciente tinha uma expressão clara e organizada, sentia-se tímida e com vergonha mais vezes, e expressava culpa com mais frequência (em comparação com o final do tratamento). No final do tratamento, o analista reformulava menos o comportamento da paciente, centrando-se pouco nos seus sentimentos de culpa, e era menos ativo em exercer o controle das sessões, e a paciente foi mais controladora, provocadora, resistente a examinar pensamentos e sentimentos, e mais capaz de expressar raiva (em comparação com o início do tratamento). Nem o começo, nem o fim da análise, se correlacionavam com o ideal de uma sessão psicanalítica, sugerindo que os tratamentos psicanalíticos são mais variados do que a teoria sugere. Ao mesmo tempo, a sessão de tratamento 152, desta paciente, foi identificada como um excelente exemplo de técnica psicanalítica moderna. Conforme descrito por Levy, Ablon,

Ackerman & Seybert (2008), esta sessão é particularmente difícil de cotar com o PQS, em parte devido ao diálogo complexo, associações pessoais e troca íntima entre analista e paciente. Os avaliadores de facto tiveram a experiência de ser convidados para "um mundo muito particular de significado diádico."

Porcerelli, Dauphin, Ablon, Leitman & Bambery (2007) utilizaram os dados obtidos durante 5 anos de psicanálise de um homem adulto com transtorno de personalidade evitante (AVPD). Os dados do processo foram recolhidos para determinar em que medida o tratamento aderiu ao protótipo psicodinâmico, cognitivo-comportamental e interpessoal. Os resultados indicaram que o paciente alcançou reduções clinicamente significativas na gravidade dos sintomas, e na patologia relacional. Os ganhos foram mantidos durante um ano de follow-up. O tratamento aderiu significativamente a princípios dinâmicos, com algum uso de técnicas cognitivo-comportamentais e interpessoais durante o princípio do terceiro ano de tratamento.

Katzenstein (2007) analisou o processo e resultados da paciente *Beth*. O processo de tratamento aderiu mais ao protótipo psicodinâmico ($r=0,43$) e cognitivo-comportamental ($r = 0,38$), com diferença estatisticamente significativa na aderência entre os dois. O processo correlacionou-se significativamente menos com o protótipo interpessoal ($r=0,20$). No entanto, a adesão ao processo psicodinâmico foi a única significativamente preditora das alterações nos sintomas. A análise fatorial por componentes principais revelou dois fatores subjacentes aos itens PQS: o afastamento afetivo e cognitivo da paciente e o esforço do terapeuta para a paciente se focar no afeto. Especificamente, *Beth* tinha uma forte tendência a distanciar-se da sua própria experiência, e o terapeuta focava-se em enfatizar os seus sentimentos, para que esta os experienciasse em maior profundidade.

Pole, Ablon & O'Connor (2008) ilustraram um método de testar modelos de mudança em casos individuais de psicoterapia de longa duração. O comportamento do terapeuta era mais consistente com o protótipo de *control mastery therapy* (CMT), e esta aderência, assim como aspetos particulares de outros protótipos, influenciavam a mudança nos sintomas. Estes achados suportam a importância de desenvolver técnicas ideais específicas para as dificuldades individuais do paciente, em vez de aderir rigidamente a técnicas especificadas pelos manuais de tratamento que podem estar associadas com o processo e os resultados negativos, tal como mostrado por Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes (1993). Estes autores, provaram que os terapeutas às vezes aumentavam a sua adesão a racionais e técnicas

cognitivas para corrigir problemas na aliança terapêutica e isto acabava por piorar a aliança, interferindo assim, negativamente, com a mudança do paciente.

Serralta et al. (2010) utilizaram a versão brasileira PQS para estudar um caso de psicoterapia psicodinâmica breve. Os resultados revelaram que o processo de terapia aderiu mais fortemente ao protótipo CBT do que PDT. Os resultados vieram de encontro aos já obtidos por Pole et al. (2008) de que os sintomas específicos do cliente influenciam a aderência do terapeuta a comportamentos e técnicas específicas.

Algumas das contribuições dos estudos de caso com o PQS para a compreensão da ideografia da díade incluem: 1) o desenvolvimento e resolução de uma neurose de transferência, e a tendência da paciente para se fazer de desentendida nas sessões no caso de Mrs.C. (Jones & Windhols, 1990); 2) o uso de técnicas cognitivas-comportamentais e interpessoais no terceiro ano de análise do paciente Mr. A (Porcerelli et al, 2007); 3) o processo pelo qual o afeto depressivo do paciente M's contribui para a mudança da posição neutra do terapeuta X, para uma postura mais diretiva, que por sua vez influenciou a melhoria da depressão do paciente (Jones, Ghannam, Nigg & Dyer,1993); 3) a noção de que as características do paciente influenciam a adesão do terapeuta a técnicas específicas (Pole et al., 2008; Serralta et al., 2010).

PQS e outras medidas de processo

Apesar do PQS ter sido primeiramente utilizado para examinar processos e produtos em psicoterapia, este instrumento também se tem mostrado válido para elucidar alguns constructos como a aliança terapêutica e a contra-transferência (Ablon, Levy & Hansen, 2011).

Heaton, Hill & Edwards (1995) realizaram uma nova abordagem, e examinaram a validade de constructo do PQS com a Therapeutic Procedures Inventory (TPI; McNeilly & Howard, 1989) e Hill Counselor Verbal Response Category System (HCVRCS; Hill, 1978, 1985, 1992). As técnicas do terapeuta, como a interpretação, estavam fortemente correlacionadas entre os instrumentos, mas surpreendentemente, nenhum dos grupos de itens do PQS estavam correlacionados com grupos correspondentes no HCVRCS. Os autores especularam que a razão para estes resultados, pode ser o facto de o HVRCS medir o processo ao nível da frase individual (enquanto os PQS capta o processo ao nível da sessão de terapia inteira). Estes resultados destacam a importância de examinar os PQS em relação a outras

medidas de processo (incluindo os que examinam o processo num micro-nível), e sugerem que ainda há muito a ser explorado pela combinação de medidas.

Price e Jones (1998) examinaram a relação do PQS com a aliança terapêutica descobrindo que existiam itens do PQS que se correlacionavam significativamente com a aliança medida pelo *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS; Marmar et al. 1989). Da mesma forma, existiam itens que previam fortemente os valores obtidos pela medida de aliança terapêutica, nomeadamente, aqueles que se relacionavam com os sentimentos de segurança, confiança e compreensão do paciente.

Tobin (2006) identificou padrões de contra-transferência positiva ou negativa usando a Feeling Checklist, que apareciam relacionados com interações específicas do terapeuta identificadas com o PQS. Estes padrões sugeriram que os sentimentos de contra transferência dos terapeutas estariam determinados, principalmente, por o quanto estes acreditavam ter sido eficazes durante a sessão.

Inovações com o PQS

Estudos mais recentes têm aplicado o PQS a novas áreas de investigação. Reconhecendo a necessidade de expandir o processo de pesquisa para a área da psicoterapia infantil e com adolescentes, Schneider (2003) desenvolveu o *Child Psychotherapy Q Set* (CPQ) adaptando o PQS para o tratamento com crianças, incluindo a terapia do jogo, e está em processo a publicação do *Adolescent Psychotherapy Q Set*, a ser construído pelo trabalho prévio de Bamberly, Porcerelli & Ablon (2007,2009).

Brent (2007) citado por Ablon, Levy & Hansen (2011), aplicou o PQS original a uma amostra de adolescentes deprimidos a receber tratamento cognitivo comportamental para doença inflamatória intestinal. Replicando as descobertas iniciais de que a aderência ao tratamento era maioritariamente ao protótipo CBT, mostrou que a melhoria dos sintomas estava fortemente associada a processos do protótipo IPT e terapia dinâmica.

Kelley et al. (2009) usaram o PQS para estudar os efeitos placebo no tratamento de acupuntura na síndrome de intestino irritável.

Pinto Ferreira (2006) examinou o processo terapêutico das comunicações de correio eletrónico entre terapeutas e pacientes, demonstrando que os comportamentos ou comunicações dos terapeutas estariam caracterizados por uma atitude segura e clara e

concluindo que a correspondência por correio eletrônico pode ser usada para suportar o tradicional tratamento face a face.

Taylor (2010), efetuou um estudo para examinar a relação entre psicoterapia e processos de mudança em mulheres sobreviventes de violência interpessoal submetidas a terapias naturalísticas, utilizando o PQS e medidas de trauma. A melhoria de sintomas, preconceitos e excitação fisiológica estariam relacionados à maior presença de técnicas associadas com a terapia psicodinâmica; nomeadamente com o trabalho sobre culpa, vergonha e significado. Os resultados sugeriram que as técnicas psicodinâmicas como trabalhar a culpa inconsciente, podem desempenhar um papel relevante no alívio dos sintomas e melhoria na cognição e fisiologia em mulheres significativamente traumatizadas.

Valter (1997) aplicou o PQS a um grupo de tratamento de raparigas com histórias de abuso sexual e usou os itens deste instrumento para classificar as funções de objeto de self presente no processo de grupo.

Weis, Schottenbauer & Gray (2009) examinaram as semelhanças e diferenças entre um grande programa de treino oferecido aos residentes de psiquiatria (TPE), e a psicoterapia conduzida pelos mesmos médicos nas suas práticas privadas (TAU). Percebeu-se que ambos os contextos possuíam uma correlação significativa com os protótipos cognitivo-comportamental, interpessoal e psicodinâmico. Para além disso não se encontraram diferenças significativas entre TPE e TAU, tendo os autores concluído em que o programa de treino oferece aos estagiários uma experiência de psicoterapia que é muito semelhante à psicoterapia de pacientes reais e que os médicos experientes integram um vasto conjunto de intervenções úteis em ambos os tipos de contexto.

Segundo Kächele, Seybert, Erhardt & Buchholz (2012), o PQS também permite identificar se a resposta emocional de um terapeuta interfere ou não com a relação. Kächele et al. (2012) sublinham, no entanto, que não só é bastante difícil para um observador externo perceber se a resposta emocional de um terapeuta deriva dos próprios conflitos emocionais e psicológicos do mesmo, mas também são as respostas que interferem inapropriadamente com a relação terapêutica que são mais fáceis de capturar. Apesar da consciente limitação da observação da contratransferência com o PQS, Seybert (2011), comparando três tipos de tratamentos psicanalíticos, observou que os conflitos emocionais do terapeuta interferiram mais na psicoterapia psicodinâmica de curta duração do que em formas mais longa de terapia psicanalítica.

CONCLUSÃO

A investigação em psicoterapia psicanalítica e psicanálise sempre se ocupou do estudo do processo terapêutico do ponto de vista clínico. No entanto, surgiu a necessidade de se demonstrarem evidências empíricas que suportassem o seu estatuto científico. Para isso, têm sido criados instrumentos para a investigação sistemática do processo terapêutico, tentando criar parâmetros científicos de rigor e demonstrando a validade das teorias e práticas psicanalíticas. O Psychotherapy Process Q-set (PQS, Jones, 2000) surge para corresponder a estes requisitos da ciência empírica, com o sentido de tornar objetivas as impressões e formulações derivadas de uma quantidade substancial de material clínico, preservando a sua profundidade e complexidade, mas permitindo a classificação do mesmo, de uma forma adequada para a análise quantitativa.

Este instrumento tem permitido demonstrar que os tratamentos de qualquer tipo são raramente teoricamente puros e muitas vezes incluem processos tipicamente associados com outras orientações teóricas, contribuindo para a visão de que a forma como os terapeutas compreendem e regulam as emoções dos seus pacientes, é crítica para resultados positivos, independentemente dos diferentes tipos de tratamento.

A pesquisa com o PQS também providenciou pistas para o futuro da pesquisa em psicoterapia. Mesmo os tratamentos controlados e manualizados não são puros, por isso os estudos naturalísticos são de importante valor.

Os estudos do processo terapêutico em grandes amostras de pacientes e terapeutas têm contribuído imenso para a compreensão de processos e produtos, no entanto, as investigações realizadas também têm levado a crer que o estudo da psicoterapia será melhor compreendido pelo estudo intensivo de um tratamento de cada vez, já que cada díade parece criar o seu processo único de mudança. Tomados em conjunto, os estudos de caso fornecem uma descrição rica do processo e dos resultados em cada díade, e constituem um importante complemento para os dados agregados em estudos com maiores amostras.

Da variedade de resultados produzidos por estudos utilizando este instrumento, muitos deles permitiram não só comprovar a eficácia de tratamentos de diferentes orientações teóricas, incluindo a dinâmica, mas também descrever os processos únicos envolvidos na mudança dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ablon, J.S., & Goodrich, C. (2004). Japanese Version.

*Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitivebehavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.

*Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.

*Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Collaborative Study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.

*Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 541-568.

Ablon, J. S, Levy, R. A. & Hansen, L.S. (2011). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy 2011*, 14(1): 14-48

*Ablon, J.S., Levy, R., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216-231.

Albani, C., Ablon, J.S., Levy, R.A., Mertens, W., & Kachele, H. (2008). *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones: Deutsche Version (PQS-RD) und Anwendungen*. Ulm, Germany: Verlag Ulmer Textbank.

*Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Jones, E.E., Thomä, H., & Kächele, H. (2002). Amalia X's psychoanalytic therapy in the light of Jones's Psychotherapy Process Q-Sort. In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (Eds.), *Outcomes of Psychoanalytic Treatments. Perspectives for Therapists and Researchers* (pp. 294-302). London/Philadelphia: Whurr Publishers.

Avila-Espada, Rampulla, Vidal & Herrero (2008). Spanish version.

- *Bamberg, M., Porcerelli, J.H., & Ablon, J.S. (2007). Measuring psychotherapy process with the Adolescent Psychotherapy Q-set (APQ): Development and applications for training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 405-422.
- *Bamberg, M., Porcerelli, J.H., & Ablon, J.S. (2009). Prototypes of psychodynamic and CBT psychotherapy with adolescents: Development and applications for training. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 175-181.
- Block, J. (1961). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Springfield, Illinois: Charles C., Thomas Publisher.
- *Carmo, J., Horgan, M., Pires, A. P., & Seybert, C. (2012). Desenvolvimento da versão portuguesa do Psychotherapy Process Q-Set. *Se...Não. Revista de portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (1).
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497- 504.
- Comninos and Greyer (2008). *Rapid versus gradual responders*.
- *Coombs, M.M., Coleman, D., & Jones, E.E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244.
- Dahl, H. & Teller, V. (1994). The characteristics, identification, and applications of Frames. *Psychotherapy Research*, 4, 253-276.
- Fonagy, P., Jones, E.E., Kächele, H., Krause, R., Clarkin, J.F., Perron, R., Gerber, A., & Allison, E., (1999). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Second Edition*. London: International. Psychoanalytical Association.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5, for application to Adult Attachment Interview*. Unpublished Manuscript, University College London, United Kingdom.
- Goldfried, M. R., Newman, C. F., & Hayes, A. M. (1989). *The coding system of therapeutic focus*. Unpublished manuscript, SUNY at Stony Brook, Stony Brook, New York.

- Heaton, K.J., Hill, C.E., & Edwards, L.A. (1995). Comparing molecular and molar methods of judging therapist techniques. *Psychotherapy Research*, 5(5), 141-153.
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Butler, S.F., Schacht, T.E., & Binder, J.L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434- 440.
- Hill, C.E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C.E. (1985). *Manual for Counselor Verbal Response Modes Category System* (Revised Version). Unpublished manuscript, University of Maryland at College Park.
- *Hill, C.C. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill Process Model: Therapist intentions, therapist response modes, patient reactions, and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.
- Hilsenroth, M., Blagys, M., Ackerman, S., Bonge, D., & Blais, M. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive- behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy*, 42, 340-356.
- Jones, E.E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California at Berkeley, unpublished.
- *Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- *Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- *Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T., & Dyer, J.F.P. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.
- *Jones, E.E., Hall, S.A., & Parke, L.A. (1991). The process of change: the Berkeley Psychotherapy Research Group. In L.E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies* (pp. 99-106). Washington: American Psychological Association.
- *Jones, E.E., Krupnick, J.H. & Krieg, P.K. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 24, 336-352.

- *Jones, E.E., Parke, L.A. & Pulos, S.M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: A multivariate description of brief dynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2, 16-30.
- *Jones, E.E., & Pulos, S.M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- *Jones, E.E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38(4), 985-1016.
- Kächele, H., Seybert, C., Erdardt, I., Buchholz, M., B. (2012). Countertransference as Object of Empirical Research? *International Forum of Psychoanalysis*, (accepted).
- *Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1) 65-84.
- *Katzenstein, T. (2007). Empirical validation of change processes in long-term psychodynamic psychotherapy: The bidirectional effects of clinician-patient interaction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(8-B), pp. 4712.
- *Kelley, J.M., Lembo, A.J., Ablon, J.S., Villanueva, J.J., Conboy, L.A., Levy, R., Marci, C.D., Kerr, C.E., Kirsch, I., Jacobson, E.E., Riess, H., & Kaptchuk, T.J. (2009). Patient and Practitioner Influences on the Placebo Effect in Irritable Bowel Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 71(7), 789-797.
- *Levy, R.A., Ablon, J.S., Ackerman, J.A., & Seybert, C. (2008). The Psychotherapy Process Q-set and Amalia X, session 152. In C. Albani, J.S. Ablon, R.A. Levy, W. Mertens & H. Kächele (Eds.), *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set"* von Enrico E. Jones. Deutsche Version und Anwendungen (pp. 7-41). Ulm: Ulmer Textbank.
- Luborsky, L., Popp, C., Mark, S. (1994). The Core Conflictual Relationship Theme. *Psychotherapy research*, 4, 172- 183.
- Marmar, C.R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L.W. (1989). *Alliance and outcome in late-life depression*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464-472.
- McCullough L, Larsen AE, Schche E, Andrews S, Luhn N, 2003. Achievement of Therapeutic Objectives Scale: ATOS Sscale. Unpublished Manuscript.

- McNeilly, D.L., & Howard, K.L. (1991). The Therapeutic Procedures Inventory: Psychometric properties and relationship to phase of treatment. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 223-235.
- Ogrodniczuk, I. S., & Piper, W. E. (1999). Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies: Development and use of a new scale. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*, 142-154.
- *Pinto-Ferreira, C. (2005 or 2006). Wie funktioniert E-Mail-Therapie? Eine Einzelfallstudie mit dem "Psychotherapie Prozess Q-Sort (PQS)". PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, 5(3), 171-177.
- *Pole, N., Ablon, J.S., O'Connor, L., & Weiss, J. (2002). Ideal Control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*(1), 88-96.
- *Pole, N., Ablon, J.S., & E. O' Connor (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 221-232.
- *Pole, N., & Jones, E.E. (1998). The talking cure revisited: Content analyses of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 8*(2), 171-189.
- *Porcerelli, J.H., Dauphin, V.B., Ablon, J.S., Leitman, S., & Bambery, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(1), 1-13.
- *Price, P.B., & Jones, E.E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(3), 392-404.
- Russell, R., L., Orlinsky, D., E., (1996). Psychotherapy Research in historical perspective . *Archives General Psychiatry, 53*, 798-15.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *The International Journal of Psychoanalysis, 3*(1), 43-47.

- Scharf, M., & Mayseless, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Developmental Psychology, 40*, 430–444.
- *Schneider, C., & Jones, E.E. (2003). The development of the child psychotherapy Q-set. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65*(2–B).
- *Serralta, F.B., Nunes, M.L.T., & Ezirik, C.L. (2007). Development of a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(1), 44-55.
- *Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, Ma. L. R., Eizirik, C. L. & Olsen, C. (2010) The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research, 20*(5), 564-575.
- *Seybert C (2011). *Categorical or dimensional? Differentiation of treatment techniques in short and long-term psychodynamic and psychoanalytic therapies* [E-Book] – Online Resource. Ulm University, Dissertation. http://vts.uniulm.de/docs/2011/7743/vts_7743_11141.pdf.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measure of Axis II: A Q-Sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment, 5*, 333-353.
- Siefert, C., J., Defife, J.,A., Baity, M., R., (2009). Process measures for Psychodynamic Psychotherapy. Levy, R. A, Ablon, J, S, (eds) *Handbook of Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 157-177). New York: Humana Press.
- Sifneos, P.E., (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Smith- Hansen,L., Levy, R.,A., Seybert, C., Erhardt, I., Ablon, J.,S., (2012) The Contributions of the Psychotherapy Process Q- Set to Psychotherapy Research. In Levy, R.A., Ablon, J.,S, & Kächele(Eds). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence- Based Practice and, Practice- Bases Evidence*. Humana Press. New York. Chap.23, pp. 381-400.

- *Spence, D.P., Dahl, H., & Jones, E.E. (1993). The impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 395-402.
- *Taylor, W., M., (2010). Traveling the road to healing: An examination of the relationship between psychotherapeutic technique and cognitive, emotional and physiological outcomes in women exposed to violence. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(5-B), pp. 2963.
- *Tobin, M.J. (2006). Countertransference and therapeutic interaction: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(4-B), pp. 2247.
- *Valter, M.W. (1997). Identification of selfobject functions in group process: A Q-Sort method. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(7-B), pp. 4730.
- Wallerstein, R. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wallerstein, R. S. (2001). The generations of psychotherapy research: An overview. *Psychoanalytic Psychology*, 18 (2), 243-267.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: It's coming of age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2), 375-404.
- *Weis, D., A., Schottenbauer, M., A. & Gray, S., H., (2009). Delineating Prototypes of Training Psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*; 37 (2), 353-363.

ARTIGO EMPÍRICO

**ESTUDO DE PROCESSOS PSICANALÍTICOS COM O PQS:
DIFERENÇAS NA AÇÃO TERAPÊUTICA DE ACORDO COM A
PERSONALIDADE DO PACIENTE**

RESUMO

A eficácia da psicoterapia tem sido amplamente estudada. No entanto, o nosso conhecimento sobre os processos que ocorrem ao longo do tempo de terapia, ainda precisa de ser aprofundado. O objetivo deste estudo é observar como mudam as atitudes do terapeuta, os seus comportamentos e interações, quando influenciados pelas características de personalidade dos seus pacientes. As gravações áudio de sessões de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica com o mesmo terapeuta durante dois anos, foram cotadas utilizando o Psychotherapy Process Q-Set (PQS; Jones, 2000) no início, 6, 12, 18 e 24 meses de terapia. A personalidade dos pacientes foi avaliada através do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998) e os resultados das terapias foram obtidos através do SCL-90-R (Derogatis & Savitz, 2000). Observou-se que o terapeuta foi mais claro, seguro e paternalista, com a paciente neurótica obsessiva, aderindo mais fortemente ao protótipo psicodinâmico com a paciente borderline e dependente, com quem foi adaptando mais a sua adesão a diferentes técnicas ao longo do tempo.

.Palavras-Chave: Processos, psicoterapia psicanalítica, personalidade, Psychotherapy Process Q-Set, Shedler-Westen Assessment Procedure;

ABSTRACT

The efficacy of psychotherapy has been widely studied. Also important is to deepen our knowledge about the processes that occur over time in therapy. The aim of this study is to observe how changes in therapist's attitudes, behaviors and interactions are influenced by patients' personality characteristics. In our study, the recordings of psychoanalytic psychotherapy sessions, from two patients with the same therapist, were analyzed with the 'Psychotherapy Process Q-Set' (PQS; Jones, 2000), at the beginning, 6, 12, 18, and 24 months of treatment. The 'Shedler-Westen Assessment Procedure' (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998), was also applied in order to characterize the two patients under study. Outcomes of both therapies were assessed with the SCL-90- R (Derogatis & Savitz, 2000). We observed that the therapist was clearer, securer and more paternal with the neurotic patient; higher adherence to the psychodynamic prototype was found with the borderline patient, with whom he adapted more his techniques over time.

Keywords: Process, psychoanalytic psychotherapy, personality, Psychotherapy Process Q-Set (PQS), Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP);

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente a investigação em psicoterapia, nomeadamente em psicoterapia psicodinâmica, tem dado ênfase à demonstração da eficácia dos procedimentos de tratamento aplicados às diversas perturbações (Bateman & Fonagy, 1999, 2001; Fairburn et al., 1995; Sandahl, Herlitz, Ahlin & Ronnberg, 1998; Shapiro et al., 1994; Thompson, Gallagher & Breckerige, 1987). Recentemente, devido às críticas de que a pesquisa desenvolvida se foca exclusivamente sobre os resultados terapêuticos, e raramente fornece informação acerca dos diferentes tipos de mudança (Ablon & Jones 1998; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006; Bamberry, Porcerelli & Ablon, 2009; Levitt, Butler & Hill, 2006), tem havido uma crescente necessidade de se avaliar o processo terapêutico (Coombs, Coleman & Jones, 2002; Jones, Hall & Parke, 1991; Jones, Parke & Pulos, 1992; Karlsson & Kermott, 2006). Com este intuito de demonstrar quais os fatores específicos que contribuem para a eficácia de um tratamento, e de descrever, quais os aspetos únicos que contribuem para a melhoria do paciente (Smith- Hansen, Levy, Seybert, Erhardt & Ablon, 2012), multiplicaram-se os instrumentos de medida de processos (Dahl & Teller, 1994; Goldfried, Newman & Hayes, 1989; Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge & Blais, 2005; Ogrodniczuk & Piper, 1999; Scharf, Mayseless & Baron, 2004).

Não existe uma medida ótima do processo psicodinâmico, mas vários instrumentos limitam o seu uso a determinadas correntes teóricas, ou a um segmento da sessão. O Psychotherapy Process Q-Set (Jones, 2000) permite fazer face a essas limitações, possibilitando explorar processos chave que ocorrem durante um tratamento, naturalístico ou manualizado, em diversas orientações teóricas, e tendo como unidade de análise a sessão completa. Este instrumento tem vindo a ser utilizado para examinar o processo terapêutico desde estudos de caso (Jones & Windholz, 1990; Jones, 2000; Porcerelly, Dauphin, Ablon, Leitman & Bamberry, 2007; Pole Ablon & O'Connor, 2008; Serralta, Pole, Nunes, Eizirik & Olsen, 2010), a estudos comparativos com grandes amostras de terapias (Ablon & Jones, 1999; Jones et al. 1992; Price & Jones, 1998; Pole, Ablon, O'Connor & Weis, 2002; Seybert, 2011).

Com base no PQS foram desenvolvidos protótipos quantitativos do processo ideal de tipos de terapia. Esta metodologia tem vindo a ser utilizada para determinar em que medida

psicoterapias que alegam seguir uma determinada orientação teórica, se encontram realmente em conformidade com o seu respetivo protótipo ideal (Ablon & Jones, 1998,2002; Katzenstein, Ablon & Levy, 2009; Pole et al., 2008; Serralta et al., 2010). Estes estudos têm vindo a demonstrar que os tratamentos de qualquer orientação, raramente são teoricamente puros, e muitas vezes incluem processos tipicamente associados com a forma como os terapeutas compreendem e regulam as emoções dos seus pacientes (Coombs et al., 2002). Pole et al. (2008) e Serralta et al. (2010) demonstraram que avaliar separadamente a adesão dos comportamentos dos pacientes, do terapeuta, e das suas interações, permite esclarecer os resultados da avaliação do protótipo completo. Por exemplo, a avaliação dos componentes demonstrou que a adesão a uma determinada orientação teórica era fundamentalmente impulsionada pelo comportamento do paciente.

Esta noção de que os terapeutas às vezes aumentam a sua adesão a determinados racionais e técnicas para se adaptarem aos seus pacientes, tem vindo a ser evidenciada por diversos autores (Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1996; Gabard & Westen, 2003; Serralta et al., 2010). Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes (1996) observaram que os terapeutas aumentavam a sua aderência a técnicas cognitivas para corrigir problemas na aliança terapêutica, enquanto Luborsky (1984) sugeriu que os pacientes variam na forma como necessitam de técnicas de apoio ou interpretação por parte do terapeuta, propondo que a interpretação devia receber mais ênfase em pacientes que possuam uma adequada forma egóica e tolerância à ansiedade, assim como capacidade para reflexão acerca dos seus relacionamentos interpessoais. O PQS também tem sido utilizado para evidenciar a ideia de que processos distintos podem operar consoante as características do paciente, e que estas podem exigir que os terapeutas modifiquem a sua abordagem terapêutica. Segundo Coombs et al. (2002) a exploração emocional e a forma como os terapeutas ajudam, compreendem e regulam as emoções dos seus pacientes, é essencial para que estes melhorem. Serralta et al. (2010) também observou que o sofrimento do paciente influenciava significativamente o comportamento do terapeuta, que se tornava mais ativo e menos interpretativo, para melhor responder às necessidades do mesmo.

Segundo Kächele, Seybert, Erhardt & Buchholz (2012) o PQS também permite identificar se a resposta emocional de um terapeuta interfere ou não com a relação (contra transferência). Comparando três tipos de tratamentos psicanalíticos Seybert (2011) observou que os conflitos emocionais do terapeuta interferiram mais na psicoterapia psicodinâmica de

curta duração do que em formas mais longa de terapia psicanalítica. Apesar das limitações da observação da contratransferência com o PQS, discutidas por Kächele et al. (2012), têm sido sugeridos itens que ajudam a observar e descrever processos contratransferenciais que ocorrem nas sessões.

Parece clara a evidência que as características do paciente têm uma grande influência nos resultados e processos da psicoterapia, e que existe a necessidade de enfatizar a importância destas variáveis na interação com as do terapeuta e do tratamento (Clarkin & Levy, 2004). No entanto, encontra-se pouca literatura acerca da influência das características do paciente no processo terapêutico, reunindo-se bibliografia apenas de variáveis que têm vindo a mostrar impacto nos resultados terapêuticos, como o tipo de vinculação, a qualidade das relações de objeto ou a organização de personalidade (Kernberg, 1984; Clarkin & Levy, 2004). Outros estudos realizados indicam que uma melhor compreensão destas características será obtida pelo estudo intensivo de um tratamento de cada vez, já que cada díade parece criar o seu processo único de mudança (Smith-Hansen et al., 2012).

Finalmente, o objetivo deste estudo é, perceber como variam os processos psicoterapêuticos numa terapia. Especial atenção vai ser dada ao comportamento do mesmo terapeuta com duas pacientes de personalidades diferentes e à forma como este terapeuta se define, em termos de orientação teórica, em ambos os casos.

MÉTODOS

Participantes

Paciente A

A paciente A tem 39 anos e é solteira. Neste momento encontra-se desempregada, mas o seu grau académico inclui uma licenciatura, várias pós graduações e formação para o ensino de dança. É a irmã mais nova de uma fratria de três e viveu uma infância marcada por um pai ausente, por grande dedicação ao trabalho, e uma mãe com poucas manifestações de afeto. Foi fundamentalmente cuidada pela ama, que faleceu há cerca de 5 anos. Viveu numa relação em união de facto, desde muito nova, durante onze anos, e em seguida viveu outra relação de seis anos. Em resultado da separação desta última relação deprime, e decide procurar ajuda.

Paciente B

A Paciente B tem 54 anos, é casada e tem a 3ª classe. É a irmã do meio de uma fratria de três. Filha de pai desconhecido, devido à variedade de parceiros da mãe, desde muito cedo teve de cuidar dos irmãos, pois a mãe tinha elevados consumos alcoólicos. Viveu abandonos sucessivos por parte da mesma, vindo trabalhar sozinha para Lisboa com 12 anos. É mãe de três filhos e, um dos filhos, o do meio, seu preferido, faleceu num acidente de viação há cerca de 15 anos. Atualmente vive com o marido, o filho mais novo e a sogra, mulher castigadora que exerce uma influência repressiva sobre a paciente B há muitos anos. Apresenta várias problemáticas relacionadas com a saúde física: diabetes, hipertensão, apneia do sono. Na sequência de um trabalho académico de cariz autobiográfico sente-se a deprimir e experimenta episódios ansiosos, por isso procura ajuda.

Terapeuta

O terapeuta tem 41 anos, possui 3 anos de prática em psicoterapia individual, e a sua formação é em Psicologia Clínica no ISPA. A sua experiência inclui terapia breve e de apoio supervisionada por um psicanalista experiente e doze anos como analisando de Grupanálise e Psicanálise.

Terapia

As psicoterapias oferecidas não seguiram nenhum manual; era esperado (mas não requerido) serem de natureza psicodinâmica. Durante dois anos, a psicoterapia foi conduzida na Clínica Universitária do ISPA, teve uma frequência semanal, e as sessões uma duração média de 50 minutos. Até à data, existem cerca de 60 sessões de acompanhamento da paciente A (24 meses) e 40 da Paciente B (18 meses), sendo que, em ambos os acompanhamentos, ocorreram faltas e períodos de interrupção para férias. A paciente B, por motivos de mudança para outra cidade, abandonou o tratamento, pelo que, apenas foram recolhidos dados até aos 18 meses de terapia da mesma.

Instrumentos

Escala de Avaliação de Sintomas 90- R (SCL-90-R; Derogatis & Savitz, 2000; versão portuguesa por Baptista, (1993)). Este é um instrumento de auto-relato muito utilizado para avaliar a mudança em psicoterapia. Avalia 90 sintomas psiquiátricos numa escala do tipo

Likert de 5 pontos, variando de 0 (nada) a 4 (extremamente), indicando o quanto o paciente sentiu um certo sintoma nos últimos 7 dias. Compreende três escalas globais (i.e., Índice de Gravidade Geral, Índice de Perturbação Sintomática Positiva, e Total de Sintomas Positivos) e nove escalas de sintomas (i.e., somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo). O SCL-90-R tem mostrado consistência interna variando de 0,79-0,90, variando o teste-reteste de 0,70-0,90, e adequada validade convergente e discriminante.

Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998). É um instrumento de avaliação utilizado para fazer o diagnóstico da psicopatologia da personalidade. O SWAP-200 inclui não só itens que refletem os critérios de diagnóstico no Eixo II, mas também um número substancial de descritores de personalidade (Shedler & Westen, 2010). É uma medida clinicamente sensível, confiável e válida de Perturbações de Personalidade. Segundo os seus criadores o SWAP-200 é “um método empírico rigoroso de diagnóstico que preserva a riqueza e complexidade das descrições clínicas dos casos” (Shedler & Westen, 2007). É constituído por um conjunto de 200 frases/afirmações que permitem a descrição do funcionamento psicológico de um paciente. O SWAP-200 permite ao avaliador, não se restringir aos sintomas observáveis, e incluir e medir também, as dinâmicas de personalidade subjacentes aos sintomas. Procura obter uma descrição que reflita as qualidades estáveis e duradouras, e não simplesmente estados momentâneos. Se existirem dúvidas quanto à cotação, o paciente deve ser descrito tendo em conta acontecimentos do seu último ano de vida (Shedler & Westen, 2010).

Psychotherapy Process Q-Set (PQS; Jones, 1985; 2000). É um instrumento que permite a descrição, análise e quantificação de múltiplos aspetos do processo psicoterapêutico. É baseado na metodologia Q-Sort, ou método de ordenamento, um método que é particularmente adequado para identificar variações entre indivíduos ou entre processos, e não entre variáveis (Blatt, 2005 cit. por Bambery et al., 2009). O PQS é composto por 100 itens que descrevem: (1) atitudes, comportamentos e experiências do paciente; (2) atitudes e ações do terapeuta; (3) interação entre paciente e terapeuta (Jones, 2000). Foi desenvolvido para ser aplicado a gravações, áudio ou vídeo, ou transcrições de uma sessão de tratamento, como unidade de análise. A sua linguagem clara permite a definição cuidadosa do material, sem a influência das teorias dos próprios avaliadores (Jones & Windholz, 1990). Os 100 itens são classificados, pelos avaliadores, em 9 categorias que vão do menos característico

(categoria 1) ao mais característico (categoria 9). A categoria 5 é utilizada para itens considerados neutros ou irrelevantes (Ablon & Jones, 1999). Ao forçar a cotação, segundo uma distribuição normal, o PQS garante múltiplas avaliações dos itens e atenua enviesamentos por parte dos avaliadores (Ablon et al., 2006). Estes devem classificar os itens pela frequência, intensidade e importância estimada para o processo da sessão (Ablon & Jones 2002). O manual do PQS (Jones, 2000) fornece as definições dos 100 itens, com exemplos de como se devem aplicar, de forma a minimizar o risco de diferentes interpretações dos mesmos (Coombs et al. 2002). É um instrumento que deve ser sempre cotado por dois avaliadores para se calcular a correlação inter avaliador, e os valores compósitos (médias entre as cotações obtidas por ambos os avaliadores).

Procedimentos

Os dados a usar neste estudo são 18 sessões gravadas, em áudio, de dois casos do mesmo terapeuta. As sessões têm a duração de 50 minutos cada, numa frequência semanal e decorreram na Clínica Universitária do ISPA. As pacientes e terapeuta deram o seu consentimento informado para a gravação da totalidade das suas sessões, tanto para uso do terapeuta, como para pesquisa. Para este estudo, foram selecionadas, para cada paciente, duas sessões de cada um dos cinco momentos de terapia considerados: Início (2^a;3^a sessão); 6 meses (Caso A: 20^a; 21^a; Caso B: 18^a,19^a), 12 meses (Caso A: 39^a, 40^a; Caso B 27^a,28^a), 18 meses (Caso A 48^a; 49^a; Caso B: 33^a, 34^a) e 24 meses (apenas no Caso A: 55^a,56^a).

Avaliação do Progresso em Psicoterapia. Após a primeira sessão, e a cada 6 meses, os pacientes receberam um envelope com o instrumento de auto-relato (SCL-90-R). Os pacientes foram instruídos a responder aos questionários referindo-se ao seu estado psicológico aquando o preenchimento dos mesmos.

Avaliação das Características das Pacientes. O SWAP-200, Shedler-Westen Assessment Procedure (Shedler & Westen, 1998) foi aplicado no início, 6, 12, 18 e 24 meses, a grupos de 4 sessões. O avaliador foi cego quanto a: a) o período de terapia a que correspondia a sessão; b) o resultado do tratamento; c) o diagnóstico do paciente. Antes de usar este instrumento o avaliador leu a literatura relevante e treinou a sua cotação com notas de sessões de dois pacientes distintos dos apresentados neste estudo, tendo discutido as cotações com um avaliador com experiência de aplicação do instrumento.

Avaliação do processo terapêutico. A primeira fase consistiu num treino formal de aplicação do PQS, efetuado por Skype, com uma *Senior Rater*², para a correta utilização do instrumento. O conteúdo e o significado de cada um dos itens foi clarificado para controlar a possível interpretação subjetiva. Foi dada ênfase à compreensão das sutilezas da escala de avaliação (da categoria 1 a 9), com o seu número específico de itens classificados em cada categoria. Parte da formação consistiu em codificar sessões de treino e discutir os resultados obtidos depois de cada uma dessas avaliações. Depois do período de aprendizagem o *rater* em formação tinha de obter um valor de correlação com o *Senior Rater*² acima de $r = 0,5$, em pelo menos 5 sessões. Assim se verificou a aptidão pretendida dos avaliadores para a aplicação do instrumento PQS neste estudo.

Após o treino PQS, as 18 sessões gravadas (10 do Caso A e 8 do Caso B), duas de cada momento de terapia avaliado, (início, 6, 12, 18 e 24 meses) foram randomizadas. O grupo de avaliadores treinados foi constituído por uma estudante finalista do mestrado integrado em psicologia clínica, uma psicóloga clínica³ e uma *Senior Rater*² do PQS, todas com formação creditada na cotação do instrumento. Os avaliadores foram cegos quanto a: a) o período do tratamento a que correspondia a sessão; b) o resultado do tratamento; c) a avaliação dos outros juízes.

A fiabilidade interavaliadores em todas as sessões cotadas variou entre 0,56 e 0,77 ($m_A = 0,7$; $m_B = 0,69$). Todas as médias das avaliações do PQS foram utilizadas para calcular o score composto a usar em todas as análises subsequentes.

RESULTADOS

A análise de dados envolveu: a) caracterizar a extensão da mudança que ocorreu durante as terapias; b) descrever as características de personalidade das pacientes; c) obter um resumo quantitativo dos processos das terapias; d) determinar em que medida, ao longo do tempo, as psicoterapias ocorreram em conformidade com os protótipos de psicoterapia psicodinâmica, cognitivo comportamental e interpessoal; f) estudar as diferenças entre dois casos do mesmo terapeuta: comparando os itens mais e menos característicos, as diferenças de

² Dr. Seybert, Washington Center for Psychoanalysis.

³ Dr. Joana Carmo, Instituto Superior de Psicologia Aplicada

adesão aos protótipos e avaliando as médias dos itens de contratransferência. Estas análises foram realizadas utilizando o SPSS 20.0.

Resultados do Progresso

Estava previsto, que após a primeira sessão, e a cada 6 meses, os pacientes receberiam um envelope com o instrumento de auto-relato (SCL-90). No entanto, por motivos externos à investigação, estes instrumentos foram aplicados apenas três vezes para cada paciente, ao longo dos meses de terapia.

Para se perceber se ocorreram mudanças significativas e progresso ao longo da terapia, compararam-se os valores iniciais e finais, obtidos no SCL-90-R, através de testes t para amostras emparelhadas. Os resultados apresentados nos gráficos e tabelas do anexo B demonstram que ambas as pacientes sofreram reduções significativas nos sintomas ($p\text{-value} \leq 0,01$), tendo, na paciente A o Índice Geral de sintomas (IGS) diminuído de 1,6 para 0,67 ($p\text{-value}= 0,005$), e na Paciente B de 1 para 0,67 ($p\text{-value}=0,008$).

Descrição das características de personalidade das pacientes

Segundo os resultados obtidos pelo SWAP-200, apresentados no anexo C, a paciente A caracteriza-se por características de personalidade dependente ($T=59,3$), borderline ($T=57,9$), e histriónica ($T=57,3$). E a paciente B caracteriza-se por bom funcionamento mental (*high functioning*) e traços obsessivos ($T=49,8$).

Descrição e comparação dos processos terapêuticos

Para obter um resumo quantitativo do processo terapêutico, a comparação dos dados do processo entre o Caso A e Caso B foi conduzida em cinco etapas. Primeiro, foram identificados os itens mais e menos característicos do processo terapêutico para cada caso. Depois, as diferenças de processo entre os dois tratamentos foram analisadas. Em seguida, as aderências aos protótipos ideais psicodinâmico (PDT), cognitivo-comportamental (CBT) e interpessoal (IPT) foram calculadas. Numa quarta etapa, estes procedimentos foram repetidos

para obter descrições parciais do processo relativas ao terapeuta, paciente e interação, seguindo o método utilizado primeiro por Pole et al. (2008) e depois por Serralta et al. (2010). Finalmente apuraram-se as diferenças entre os itens de contratransferência, sugeridos por Kächele et al. (2012), nos dois casos.

Itens mais e menos característicos dos dois Casos

As médias dos 100 Q-itens foram calculadas para determinar os itens que mais fortemente caracterizavam cada tratamento. Os Q itens foram ordenados por valor de médias, e os 10 itens mais característicos e 10 menos característicos foram identificados para cada tratamento (ver tabela 1 e 2). É importante lembrar novamente que a colocação de um item na posição não característica, não significa que esse comportamento é irrelevante, mas sim, que é importante ou saliente para descrever o processo. No caso das descrições parciais, (terapeuta, paciente, interação) apenas 5 itens mais característicos e 5 menos característicos foram selecionados, e somente os resultados relevantes serão apresentados, podendo os restantes ser consultados no Anexo D.

A compreensão dos itens Q - itens deve ser feita com cuidado. Estes podem ser uni e bipolares. Os itens unipolares descrevem um evento específico que pode ser classificado em continuidade de 1 a 9 (extremamente característico para não característico). Os itens bipolares incluem dois significados diferentes quando classificados com 1 ou 9. Assim, um item bipolar tem um significado adicional que será tido em conta no texto para facilitar a compreensão do leitor. Também, quando se descreverem itens não característicos, o nome do item será reformulado ou adaptado para o seu significado adequado. Dessa foram, Q itens (Q) referem-se a itens conforme constam no instrumento, e a palavra revertido (Qr) indica que as variáveis requerem reflexão e foram reformuladas e orientadas para a narrativa.

Tabela 1. Itens mais e menos característicos do caso A

PQS Item	10 Itens mais característicos do Caso A	M
63	As relações interpessoais do P são tema principal.	8,30 ^a
31	O T solicita mais informação ou elaboração.	8,25 ^a
64	As relações amorosas ou românticas são tópicos de discussão.	8,20 ^a
92	Os sentimentos e percepções do P são ligados a situações ou comportamentos do passado.	7,75

35	A auto-imagem é foco de discussão.	7,65 ^a
54	O P é claro e organizado na forma como se expressa.	7,65
91	Memórias ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.	7,60
6	O T é sensível aos sentimentos do P, está em sintonia com ele; é empático.	7,60 ^a
69	Situações atuais ou recentes na vida do P são enfatizadas na discussão.	7,35 ^a
33	O P fala em sentir-se próximo ou querer estar próximo de alguém.	7,20 ^a
PQS Item	10 Itens menos característicos do Caso A	M
15	O P não inicia nem elabora tópicos.	1,15 ^a
77	O T tem falta de tato.	1,40 ^a
9	O T é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afetivamente)	1,45 ^a
25	O P tem dificuldade em iniciar a sessão.	1,50 ^a
44	O P sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).	1,55 ^a
56	O P discute experiências como se estivesse distante dos seus próprios sentimentos.	1,80
8	O P está preocupado ou em conflito com a sua dependência em relação ao T (vs. confortável com a dependência, ou desejando a dependência).	2,45
14	O P não se sente compreendido pelo T.	2,55 ^a
58	O P resiste a analisar pensamentos, reações ou motivações relacionados com o seu papel em criar ou perpetuar problemas.	2,55
5	O P tem dificuldade em compreender os comentários do T.	2,80 ^a

Nota: P= Paciente; T= Terapeuta. M= Média. Número de sessões analisadas com o PQS=10. ^a indica que os itens também são característicos para o caso B (ver tabela 2).

Nas narrativas seguintes, os itens serão agrupados de modo a fornecer um significado clínico em vez de destacar a sua relativa importância estatística. Os números dos itens são apresentados entre parênteses.

No caso da Paciente A (tabela 1) as relações interpessoais (Q 63), amorosas (Q 64), a auto imagem (Q 35) e as memórias ou reconstruções da infância (Q 91) são os principais tópicos de discussão. Apesar das situações atuais ou recentes na vida da paciente serem também enfatizadas durante as sessões (Q 69), os seus sentimentos e percepções são normalmente ligados a situações ou comportamentos do passado (Q 92). Para além de efetuar esta ligação, o terapeuta também solicita mais informação ou elaboração por parte da paciente

(Q 31) e é sensível aos seus sentimentos (Q 6), demonstrando-se responsivo e envolvido afetivamente (Qr 9), e revelando consideração, cuidado e amabilidade (Qr 77). A paciente é clara e organizada na forma como se expressa (Q 54) e fala em sentir-se próxima ou querer estar próxima de alguém (Q 33), estando disposta a quebrar silêncios, inserido tópicos espontaneamente, e elaborando-os ativamente (Qr 15). Começa as sessões sem pausas ou dificuldade (Qr 25), demonstrado confiança e segurança (Qr 44) e discutindo as experiências com envolvimento afetivo (Qr 56). A paciente compreende com facilidade os comentários do terapeuta (Qr 5) e mostra-se confortável e gratificada com o seu relacionamento de dependência do mesmo (Qr 8), contemplando ativamente os seus pensamentos, relativamente ao seu papel na perpetuação de problemas (Qr 58), e transmitindo a sensação de que se sente compreendida pelo terapeuta (Qr 14).

Tabela 2. Itens Mais e menos característicos do caso B.

PQS Item	10 Itens mais característicos do Caso B	M
63	As relações interpessoais do P são tema principal.	8,75 ^a
69	Situações atuais ou recentes na vida do P são enfatizadas na discussão.	8,38 ^a
6	O T é sensível aos sentimentos do P, está em sintonia com ele; é empático.	7,94 ^a
31	O T solicita mais informação ou elaboração.	7,69 ^a
33	O P fala em sentir-se próximo ou querer estar próximo de alguém.	7,44 ^a
46	O T comunica com o P de forma clara e coerente.	7,31
64	As relações amorosas ou românticas são tópicos de discussão.	7,25 ^a
35	A auto-imagem é foco de discussão.	7,19 ^a
65	O T clarifica, repete ou reformula a comunicação do P	7,19
3	As intervenções do T destinam-se a facilitar o discurso do P.	7,13
PQS Item	10 Itens menos característicos do Caso B	M
15	O P não inicia nem elabora tópicos.	1,13 ^a
42	O P rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do T.	1,44
44	O P sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).	1,44 ^a
9	O T é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afetivamente).	1,63 ^a
77	O T tem falta de tato.	1,75 ^a

25	O P tem dificuldade em iniciar a sessão.	1,81 ^a
39	Há competitividade na relação terapêutica.	2,06
5	O P tem dificuldade em compreender os comentários do T.	2,19 ^a
14	O P não se sente compreendido pelo T.	2,25 ^a
12	Ocorrem silêncios durante a sessão.	2,63

Nota: P= Paciente; T= Terapeuta. M= Média. Número de sessões analisadas com o PQS=8. ^a indica que os itens também são característicos para o caso A (ver tabela 1).

No caso da paciente B (tabela 2) são as relações interpessoais (Q 63), amorosas (Q 64), a auto imagem (Q 35) e as situações atuais ou recentes na vida da paciente (Q 69) que constituem os principais tópicos de discussão. Não existem sentimentos de competitividade entre terapeuta e paciente (Qr 39) e as sessões são marcadas pela ausência de silêncios (Qr 12). O terapeuta também solicita mais informação ou elaboração por parte desta paciente (Q 31) e é sensível aos seus sentimentos (Q 6), demonstrando-se responsivo e envolvido afetivamente (Qr 9). No entanto, as suas intervenções destinam-se normalmente a facilitar o discurso da paciente (Q 3), clarificando e reformulando as suas intervenções (Q 65) e comunicando com a mesma de forma clara e coerente (Q 46), revelando consideração, cuidado e amabilidade (Qr 77). A paciente deste caso fala em querer estar próxima de alguém (Q 33), estando também disposta a quebrar silêncios, inserindo tópicos espontaneamente, e elaborando-os ativamente (Qr 15). A paciente compreende com facilidade os comentários do terapeuta (Qr 5), começando as sessões sem pausas ou dificuldade (Qr 25), demonstrado confiança e segurança (Qr 44), aceitando os comentários e observações do terapeuta (Qr 42) e transmitindo a sensação de que se sente compreendida pelo mesmo (Qr 14).

Diferenças entre os itens mais e menos característicos dos dois casos

Os dez itens mais e menos característicos de cada caso são apresentados em comparação (t-test). Parte dos itens mais e menos característicos é a mesma nos dois casos analisados. Dos 10 itens mais característicos, sete itens são comuns nos dois casos. Relativamente aos itens menos característicos, sete são também partilhados por ambas as terapias. Para facilitar a apresentação do que é exclusivo e comum para ambos os processos, a tabela 3 pretende agrupar os resultados, alterando a ordem da média dos itens mais e menos característicos para cada caso, já disponibilizada nas tabelas 1 e 2.

Tabela 3. Diferenças entre os itens mais e menos característicos dos dois casos.

	PQS Item	Itens que descrevem o processo terapêutico	M A	M B	T (16) df	p-value
Caso A	92	Os sentimentos e percepções do P são ligados a situações ou comportamentos do passado.	7,75	5,75	3,43	0,00*
	54	O P é claro e organizado na forma como se expressa.	7,65	6,88	1,61	0,13
	91	Memórias ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.	7,60	4,94	3,82	0,00*
	56	O P discute experiências como se estivesse distante dos seus próprios sentimentos.	1,80	3,00	-4,10	0,00*
	8	O P está preocupado ou em conflito com a sua dependência em relação ao T (vs. confortável com a dependência, ou desejando a dependência).	2,45	3,06	-1,34	0,20
	58	O P resiste a analisar pensamentos, reações ou motivações relacionados com o seu papel em criar ou perpetuar problemas.	2,55	3,50	-1,88	0,08
Caso B	65	O T clarifica, repete ou reformula a comunicação do P	6,60	7,19	-1,66	0,12
	3	As intervenções do T destinam-se a facilitar o discurso do P.	5,85	7,13	-4,43	0,00*
	46	O T comunica com o P de forma clara e coerente.	6,20	7,31	-3,03	0,01*
	42	O P rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do T.	5,35	1,44	6,38	0,00*
	39	Há competitividade na relação terapêutica.	3,80	2,06	4,93	0,00*
	12	Ocorrem silêncios durante a sessão.	4,15	2,63	2,33	0,03
Comuns	63	As relações interpessoais do P são tema principal.	8,30	8,75	-1,54	0,14
	35	A auto-imagem é foco de discussão.	7,65	7,19	1,23	0,24
	33	O P fala em sentir-se próximo ou querer estar próximo de alguém.	7,20	7,44	-0,46	0,65
	31	O T solicita mais informação ou elaboração.	8,25	7,69	1,53	0,15
	64	As relações amorosas ou românticas são tópicos de discussão.	8,20	7,25	2,06	0,06
	69	Situações atuais ou recentes na vida do P são enfatizadas na discussão.	7,35	8,38	-1,77	0,10
	6	O T é sensível aos sentimentos do P, está em sintonia com ele; é empático.	7,60	7,94	-0,85	0,41
	15	O P não inicia nem elabora tópicos.	1,15	1,13	0,22	0,83
	9	O T é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afetivamente)	1,45	1,63	-1,17	0,26
	25	O P tem dificuldade em iniciar a sessão.	1,50	1,81	-1,88	0,08
77	O T tem falta de tato.	1,40	1,75	-1,91	0,07	

44	O P sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).	1,55	1,44	0,61	0,55
5	O P tem dificuldade em compreender os comentários do T.	2,80	2,19	1,52	0,15
14	O P não se sente compreendido pelo T.	2,55	2,25	0,86	0,40

Nota: P= Paciente; T= terapeuta. As categorias extremas são 9 (extremamente característico) e 1 (extremamente não característico). As diferenças significativas foram determinadas aplicando testes t para amostras independentes. Número de sessões =18 (10 Caso A, 8 Caso B). * $p \leq 0,01$.

Ao descrever diferenças entre as médias dos Q itens na narrativa, é dito que alguns destes são mais ou menos característicos de cada caso, quando de fato o mesmo item pode ser relevante para ambos. Por isso, estas declarações são relativas na sua natureza. Na narrativa seguinte, pretende-se evidenciar, as diferenças significativas ($p \leq 0,01$) encontradas entre as duas terapias.

No caso A os sentimentos e as percepções da paciente são mais frequentemente ligados a situações ou comportamentos do passado (Q 92), assim como as memórias ou reconstruções da infância são mais vezes tópicos de discussão (Q 91). A paciente A discute as suas experiências com mais proximidade e envolvimento afetivo (Q 56).

Na terapia B o terapeuta intervém mais vezes para facilitar o discurso da paciente (Q 3), comunicando com a mesma de uma forma mais clara e coerente (Q 46). A paciente B aceita e concorda mais com os comentários e observações feitos pelo terapeuta (Qr 42), existindo menos competitividade nesta interação (Qr 39).

Comparação da adesão total dos casos aos protótipos Psicodinâmico, Cognitivo-Comportamental e Interpessoal durante toda a terapia

Os protótipos de psicoterapia Psicodinâmica (PPD), Cognitivo- Comportamental (CBT) e Interpessoal (IPT) utilizados neste estudo foram originalmente desenvolvidos por Ablon & Jones (1998, 2002) com base no PQS. Estes autores pediram a peritos em terapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental e interpessoal que cotassem cada item do instrumento, na medida em que este descrevia o ideal daquilo que seria uma sessão, segundo a sua orientação teórica. No final, calcularam o grau em que cada elemento individual do PQS contribuía para a visão dos especialistas do processo de terapia ideal de cada orientação,

criando fatores de correlação para cada item, que representam o peso fatorial de cada afirmação, e se organizam em protótipos de processos de tratamento ideais, de cada um dos tipos de terapia.

Neste estudo, foram calculados os valores de adesão (r) que representam em que medida cada sessão ocorreu em conformidade aos protótipos PPD, CBT e IPT ideais. Os valores fatoriais obtidos em cada item do PQS para os protótipos de PPD, CBT e IPT por Ablon & Jones (1998, 2002), foram correlacionados com as médias obtidas do PQS em cada uma das sessões. Valores de adesão total, que combinam os comportamentos do paciente, terapeuta e interação, e que refletem a total correspondência do processo real e ideal foram calculados, utilizando todos os itens do PQS (como planejado por Ablon e Jones, 1998). Scores de adesão parcial, obtidos separando-se os comportamentos do terapeuta, os comportamentos do paciente, e a interação, foram calculados utilizando-se os 41 itens do terapeuta, os 40 itens do paciente, e os 19 itens da interação (Pole et al., 2008). Deste modo, doze índices de adesão foram calculados para cada sessão (quatro para cada orientação teórica, sendo um total e três parciais). Para determinar se o processo de terapia ocorreu mais estreitamente em conformidade com cada um dos protótipos, em cada caso, realizaram-se uma série de testes t para amostras independentes.

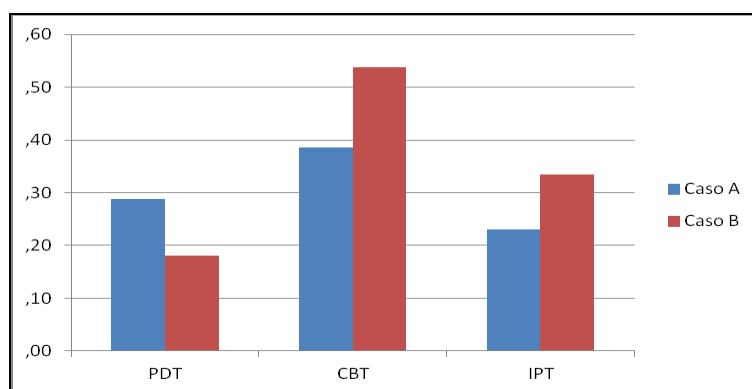


Figura 1. Comparação da adesão aos protótipos nos dois casos

A adesão total de ambas as terapias foi superior relativamente ao protótipo de CBT (Caso A $r= 0,39$; Caso B $r= 0,54$). No entanto, no caso A, a adesão ao protótipo PDT foi superior do que no caso B (Caso A $r=0,29$; Caso B $r= 0,18$). No caso B, tanto a adesão ao

prótipo de CBT como de IPT (Caso A $r = 0,23$; Caso B $r = 0,34$) foram superiores do que no caso A. A adesão das terapias ao protótipo PDT não apresentou diferenças significativas (Anexo D).

Comparação da adesão total dos casos aos protótipos Psicanalítico, Cognitivo-Comportamental e Interpessoal ao longo do tempo

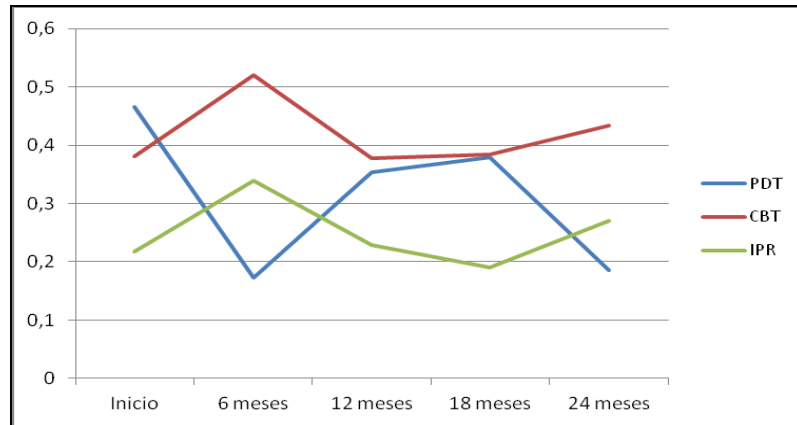


Figura 2. Adesão total do Caso A aos protótipos PDT, CBT, IPT, ao longo do tempo

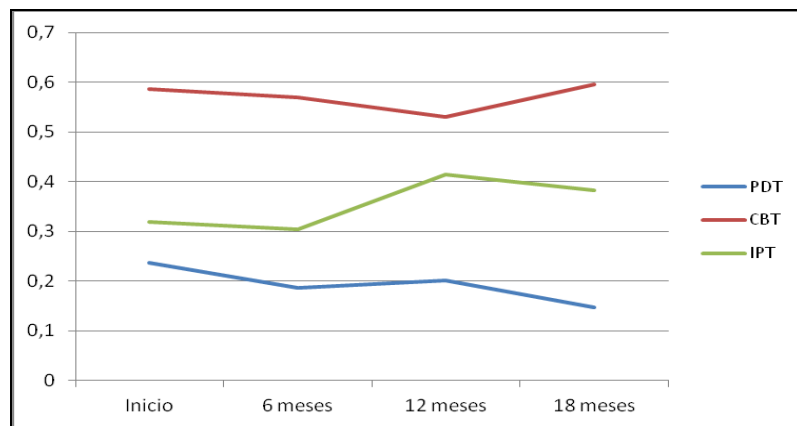


Figura 3. Adesão total caso B aos protótipos PDT, CBT, IPT, ao longo do tempo

No caso A, a adesão demonstra diferenças maiores ao longo do tempo, para cada um dos protótipos. Neste caso, o terapeuta parece iniciar a terapia de acordo com o seu modelo

preferencial e ajusta-se ao longo do tempo ao modelo da paciente. No Caso B, o terapeuta adere desde início mais a técnicas CBT e menos a IPT e PDT.

Como já foi mencionado anteriormente, conduziu-se uma análise adicional, tanto para a dimensão terapeuta, como paciente, e interação. Os resultados obtidos da análise parcial da interação, não serão apresentados, já que se revelaram pouco relevantes. Acredita-se, que tendo os protótipos sido construídos para 100 itens, a aplicação dos mesmos a apenas 19, relativos a esta dimensão, não é suficientemente válida. Os itens que contribuem especificamente para a descrição das dimensões, já refletidos na análise geral efetuada, não serão repetidos nas descrições seguintes, acrescentando-se apenas a informação adicional obtida.

Análise dos itens do terapeuta

Diferenças entre os itens mais e menos característicos do terapeuta nos dois casos

Para além dos itens já discutidos, diferenças significativas foram encontradas para descrever o comportamento do terapeuta nos dois casos (Anexo D). Os resultados obtidos nesta análise permitem afirmar que, no caso A, o terapeuta identificou mais temas recorrentes da experiência ou conduta da paciente, (Q 62) sendo menos condescendente ou paternalista com a mesma (Qr 51).

Comparação da adesão do terapeuta aos protótipos Psicanalítico, cognitivo-comportamental e Interpessoal

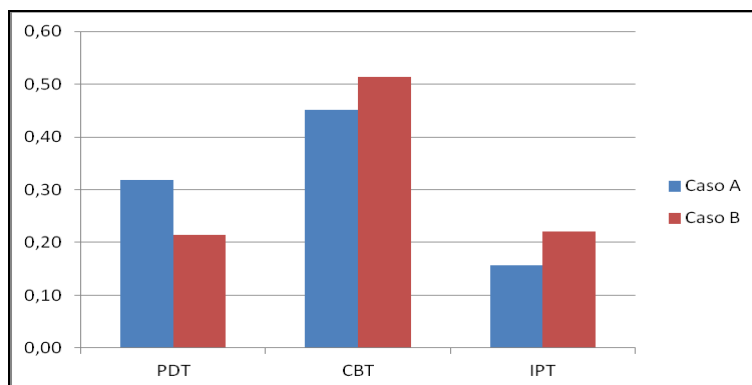


Figura 4. Comparação da adesão do terapeuta aos protótipos nos dois casos

Os valores de adesão dos itens relativos ao terapeuta com os protótipos foram muito semelhantes aos obtidos para os 100 itens. Este aderiu mais fortemente ao ideal de uma sessão CBT (Caso A $r= 0,45$; Caso B $r=0,51$) em ambos os casos. Aderindo mais ao prótótipo PDT (Caso A $r= 0,32$; Caso B $r= 0,21$) no caso A e, mais ao CBT e IPT (A $r=0,16$; B $r= 0,22$) no caso B. As diferenças de adesão do terapeuta entre os dois casos não é estatisticamente significativa.

Comparação da adesão do terapeuta aos protótipos Psicanalítico, cognitivo-comportamental e Interpessoal ao longo do tempo, nos dois casos

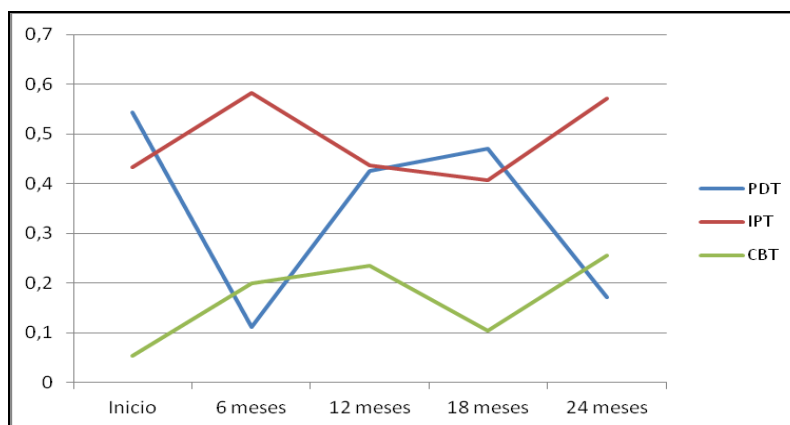


Figura 5. Adesão do terapeuta aos protótipos PDT, CBT, IPT, ao longo fo tempo, no Caso A

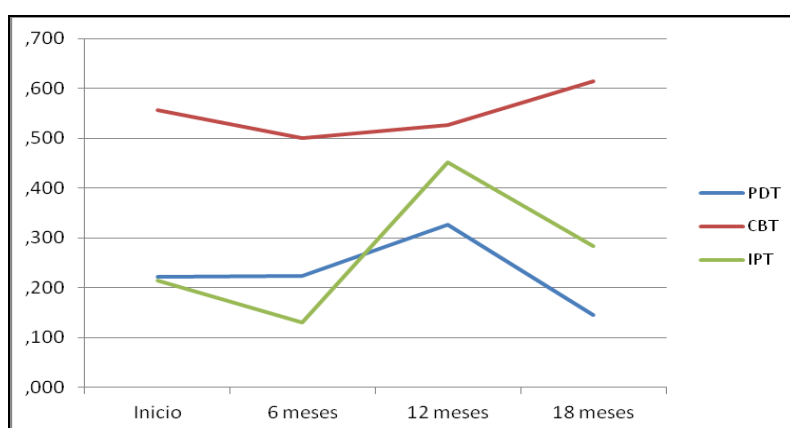


Figura 6. Adesão do terapeuta aos protótipos PDT, CBT, IPT, ao longo do tempo, no Caso B

No caso A existem mais flutuações da adesão ao longo do tempo para cada um dos protótipos. Neste caso, a adesão do terapeuta aquilo que seria o ideal de uma sessão psicodinâmica parece ser a que mais se altera, registrando uma acentuada diminuição das primeiras sessões para os 6 meses, concomitante com o aumento a adesão a técnicas CBT e IPT. Após os 6 meses, a adesão ao PDT aumenta de novo, voltando a registrar uma descida depois dos 18 meses. No caso B, as maiores diferenças ao longo do tempo registam-se no protótipo IPT, que aumenta consideravelmente dos 6 aos 12 meses.

Análise dos itens do paciente

Diferenças entre os itens mais e menos característicos das pacientes

Com esta análise apenas se apurou mais um item (para além dos já discutidos anteriormente) com diferenças estatisticamente significativas entre as duas pacientes. Encontrámos que a paciente A, expressou mais raiva ou sentimentos agressivos durante as sessões (Q 84).

Comparação da adesão das pacientes aos protótipos Psicanalítico, cognitivo-comportamental e Interpessoal durante toda a terapia

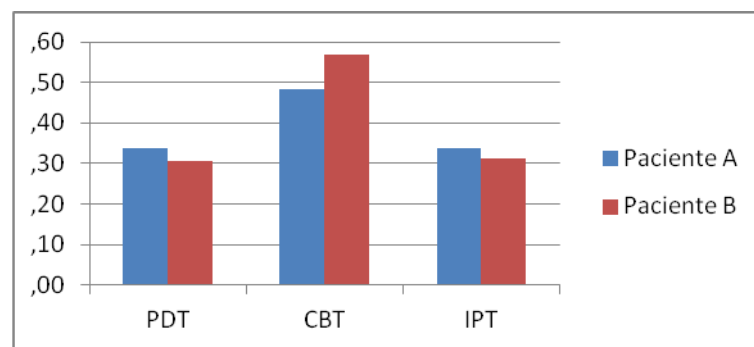


Figura 7. Comparação da adesão das pacientes aos protótipos nos dois casos

Ambas as pacientes aderem mais ao protótipo CBT (Paciente A $r=0,48$; Paciente B $r=0,57$), sendo a Paciente B que regista maior aderência nesse protótipo. Estes resultados estão de acordo com os anteriores. No entanto, a adesão da Paciente A aos protótipos PDT

($r=0,34$) e IPT ($r=0,34$) é igual, aderindo mais a estes protótipos do que a paciente B (IPT ($r=0,31$); PDT ($r=0,31$)). Há que assinalar que o terapeuta aderiu mais ao protótipo IPT com a paciente B, e mais ao PDT com a A, registando-se diferenças de adesão entre o terapeuta e pacientes nestes protótipos. A paciente B também adere igualmente ao PDT e IPT. As diferenças de adesão de cada uma das pacientes a cada um dos protótipos são inferiores em valor absoluto às restantes e nenhuma destas é estatisticamente significativa.

Comparação das médias dos itens de contratransferência nos dois casos

Apuraram-se as diferenças entre os itens de contratransferência, sugeridos por Kächele et al. (2012) nos dois casos.

Tabela 4. Comparação das médias dos itens de contratransferência nos dois casos

PQS Item	Itens contratransferência	Média A	Média B	T(16) df	p-value
18	O terapeuta transmite uma sensação de aceitação sem julgamento.	5,75	6,13	-1,20	0,25
20	O paciente é provocador, testa os limites da relação terapêutica.	4,50	3,25	4,71	0,00*
21	O terapeuta faz auto revelações.	4,90	5,31	-0,99	0,34
24	Os conflitos emocionais do próprio terapeuta interferem na relação terapêutica.	3,30	3,69	-1,62	0,12
51	O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente.	3,10	4,06	-2,76	0,01*
77	O terapeuta tem falta de tato.	1,40	1,75	-1,91	0,07
86	O terapeuta é confiante ou seguro.	5,40	6,81	-6,06	0,00*
87	O paciente é controlador.	6,55	7,00	-1,32	0,20

Nota: As diferenças significativas foram determinadas aplicando testes t para amostras independentes. Número de sessões =18 (10 Caso A, 8 Caso B). * $p \leq 0,01$.

Apesar de pouco característicos para ambos os casos, observam-se diferenças significativas entre os itens Q 20 (O paciente é provocador, testa os limites da relação terapêutica), e Q 51 (O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente), entre os dois tratamentos. Segundo os resultados obtidos, a paciente do caso A é menos

condescendente que a paciente B (Qr 20) e o terapeuta é mais paternalista com a paciente B, mostrando-se mais confiante e seguro com a mesma (Q 86).

DISCUSSÃO

Ambas as terapias ocorreram em maior conformidade com o protótipo de terapia cognitivo- comportamental, apresentando melhorias significativas no nível sintomático das duas pacientes. Apesar da maior aderência ao protótipo CBT ser inesperada, tendo em conta que o terapeuta segue uma orientação teórica psicodinâmica, este resultado vai de encontro aos já obtidos em estudos anteriores que utilizaram a mesma metodologia (Ablon & Jones 2002; Ablon et al., 2006; Pole et al., 2008; Serralta et al., 2010). Isto revela que as terapias naturalísticas são compostas, predominantemente, por elementos integrativos. É importante evidenciar, no entanto, a comparação dos elementos mais e menos característicos que compõem os protótipos PDT, CBT e IPT, baseados no PQS e elaborados por Ablon & Jones (1998, 2002), e os indicadores mais relevantes dos tratamentos analisados neste estudo. Percebe-se que, os itens que descrevem algumas das técnicas mais importantes, tipicamente associadas com as terapias cognitivo- comportamentais, por exemplo “a discussão centra-se em temas cognitivos”, “ controlar de forma ativa a interação” ou “dar orientações explícitas”, estão ausentes nas descrições do que é mais típico de ambas as terapias. Em vez disso, estes tratamentos foram caracterizados por processos, que apesar de nos protótipos estarem incluídos como mais característicos de CBT (terapeuta solicita mais informação ou elaboração, situações atuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão) e IPT(as relações interpessoais, as relações amorosas ou românticas são tópicos de discussão), podem estar presentes noutros tipos de tratamento, como é evidenciado por Serralta et al.(2010). Os mesmos autores sugeriram que certos itens foram desconsiderados no protótipo psicodinâmico, porque os especialistas consultados eram psicanalistas, que consideraram o setting do tratamento psicanalítico de longo prazo como “ideal”. É possível que, como sugerido por Seybert(2011), os protótipos sejam padrões antiquados e inadequados para terapias que adoptam técnicas de apoio, e compartilham elementos com a CBT e IPT, como é o caso da terapia evidenciada neste estudo. Não obstante, estas variações do PQS como método análise, não incorporam uma maneira de determinar se a competência do terapeuta (ou falta dela) pode explicar os resultados de aderência (Barber et al, 2006; Shaw et al., 1999). No presente exemplo, o terapeuta era pouco experiente, e segundo Hersoug, Hoglend, Havik

& Lippe (2009), os terapeutas menos experientes tendem a ser menos interpretativos. Assinala-se que as diferenças transculturais dos protótipos podem também refletir, predominantemente, as noções de “ideal” das escolas norte americanas (Serralta et al., 2010; Seybert et al., 2011).

No presente estudo de tratamentos naturalísticos, o terapeuta revelou-se empático, amável e responsivo, com ambas as pacientes, demonstrando flexibilidade na utilização de técnicas, contradizendo os resultados relativos a tratamentos manualizados, aferidos por Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder (1993), que observaram que apesar dos terapeutas psicodinâmicos aderirem mais a intervenções da sua linha de orientação, apresentavam uma aplicação mecânica de técnicas, e deixavam de ser empáticos e solidários. Esta flexibilidade associada aos tratamentos não manualizados tem sido descrita como um importante fator para os resultados positivos em psicoterapia (Castonguay, et al., 1996; Gabbard, & Westen, 2003; Katzenstein et al., 2009).

Comparando os comportamentos do terapeuta, em ambos os casos, obtiveram-se diferenças na forma como este compreendeu e trabalhou com as emoções das suas pacientes, de acordo com as suas diferenças de personalidade, e grau de severidade dos sintomas. A paciente A, borderline, com traços histriónicos e dependentes, e valores mais elevados nas escalas de sintomas, foi menos condescendente, demonstrando mais sentimentos agressivos, mas também mais envolvimento afetivo, e neste caso, o terapeuta relacionou mais vezes os comportamentos a situações passadas, e identificou mais temas recorrentes na conduta da paciente. Com a paciente B, neurótica obsessiva, com um grau mais moderado de sintomatologia, que se demonstrou mais aceitante dos comentários, e menos competitiva, o terapeuta foi mais claro, seguro e paternalista, introduzindo mais facilitadores de discurso. Também se observou que o terapeuta foi mais instável na sua adesão a diferentes técnicas ao longo do tempo com a paciente borderline, aderindo mais ao protótipo psicodinâmico neste caso. Esta noção de que os terapeutas às vezes aumentam a sua adesão a determinados racionais e técnicas para se adaptarem aos seus pacientes, é concordante com o que tem vindo a ser demonstrado por diversos autores (Barber et al., 1996; Gabbard & Westen 2003). Com os resultados obtidos, demonstrou-se mais uma vez, que o terapeuta, em resposta às mudanças de afeto da paciente e para melhor responder às necessidades da mesma, foi modificando a sua abordagem, como já considerado em Serralta et al. (2010).

No entanto, segundo a literatura, pacientes com sintomatologia mais aguda, normalmente influenciam o terapeuta a ser menos interpretativo (Piper, Joyce, McCallum, Azim & Ogrodniczuk, 2002). Como tentativa de explicar uma maior adesão ao protótipo psicanalítico, com a paciente borderline, acredita-se que o fato de esta possuir um grau acadêmico superior, sendo mais clara e organizada na expressão, e trazendo material mais significativo para as sessões, influenciou o uso pelo terapeuta de técnicas mais próximas do seu modelo de base. Por outro lado, com a paciente neurótica, de idade mais avançada, e um discurso muito mais factual, o terapeuta adotou mais técnicas de apoio. Coloca-se a hipótese de que com a paciente borderline, o terapeuta tentou também trabalhar a mudança estrutural, aderindo um pouco mais ao protótipo dinâmico, enquanto com a paciente neurótica, se focou na eliminação de sintomas, aderindo mais ao CBT e IPT. Apesar de os resultados obtidos com a análise do PQS não evidenciarem este fato, após uma leitura qualitativa das sessões, supõe-se que a paciente borderline, apesar de patologia mais aguda, possuía mais interesse na vida interna e capacidade para ser introspectiva, o que por sua vez está relacionado com a habilidade de adquirir insight (Conte & Ratto, 1997; McCallum & Piper, 1997). Estas qualidades têm sido relacionadas com a capacidade dos pacientes em aderir produtivamente a psicoterapias de cariz dinâmico (Piper et al., 2002)

No entanto, através dos resultados inesperados atrás referidos, foi possível verificar-se que, efetivamente, nenhum modelo teórico existe e subsiste por si só, independentemente do pedido e da situação criados pelo paciente. Estes resultados vêm ao encontro da noção já discutida, de que os tratamentos de qualquer tipo são raramente teoricamente puros e muitas vezes incluem processos tipicamente associados com outras orientações teóricas, contribuindo para a visão de que a forma como os terapeutas compreendem e regulam as emoções dos seus pacientes, é crítica para resultados positivos, independentemente dos diferentes tipos de tratamento (Coombs et al., 2002; Pole et al., 2008; Serralta et al., 2010; Smith- Hansen et al., 2012).

Ao comparar os itens de contratransferência nos dois casos, esperava-se obter mais diferenças significativas. Atribui-se este facto, à noção já apontada por Kächele et al. (2012) de que, não só é bastante difícil para um observador externo perceber se a resposta emocional de um terapeuta deriva dos próprios conflitos emocionais e psicológicos do mesmo, mas também são as respostas que interferem inapropriadamente com a relação terapêutica que são mais fáceis de capturar, e de facto, estas estiveram ausentes. Contudo, o fato da paciente

neurótica ser mais aceitante dos comentários do terapeuta, pode ter contribuído para o terapeuta se ter demonstrando mais confiante e seguro, tendo um discurso mais facilitador, claro e coerente. Estes resultados são consistentes com os encontrados por Tobin (2006), que sugeriam que os sentimentos de contra transferência dos terapeutas são determinados, principalmente, por o quanto estes acreditam ter sido eficazes durante a sessão.

Entre as limitações encontradas, considera-se essencial aumentar o número de cotações efectuadas com o PQS, para permitir uma descrição mais íntegra dos processos. Infelizmente, a cotação com o PQS é um processo que consome bastante tempo, e a necessidade de incluir dois avaliadores para cada sessão, para se obter uma descrição mais fidedigna, diminuiu consideravelmente o número possível de sessões cotadas. Também se acredita que considerar apenas as características de personalidade dos pacientes é demasiado generalista, e que seria interessante incluir, por exemplo, instrumentos que ajudassem a medir a tolerância à ansiedade, a capacidade de insight ou a função reflexiva (RF), para se tentarem aceder a formulações já sugeridas por Luborsky (1984) e Serralta et al. (2010), acerca de como o terapeuta pode ser influenciado a tornar-se mais ou menos interpretativo, consoante as necessidades e potencialidades dos seus pacientes. Talvez, nesse estudo futuro, se pudesse incluir um instrumento que medisse o processo ao nível da frase individual, como a Therapeutic Procedures Inventory (TPI; McNeilly & Howard, 1989) já utilizada por Heaton, Hill & Edwards (1995), para destacar a importância de examinar o PQS em relação a outras medidas de processo, que o examinam num micro-nível, e analisar, por exemplo, a frequência de técnicas específicas como a interpretação, contribuindo para a linha de investigação já desenvolvida por Barber et al. (1996) e Piper, Joyce, McCallum & Azim (1993).

Segundo Jones et al. (1993) as características do paciente têm impacto em padrões de interação nas díades terapêuticas. A pesquisa de Jones & Price (1998) demonstrou a presença de padrões repetitivos ou estruturas de interação durante as sessões, e a possibilidade destas refletirem a estrutura psicológica do paciente e terapeuta. Considera-se uma limitação deste estudo, a não observação destes padrões para cada díade, e sugere-se a inclusão desta análise em investigações futuras. Acredita-se que, seria também importante, avaliar as características do terapeuta e tentar perceber, de que forma é que estas também poderão influenciar a relação e o processo. A qualidade dos relacionamentos interpessoais, o treino profissional, e os cuidados maternos primários do terapeuta, têm demonstrado impacto na relação (Hersoug et

al. 2009), e considerando que a psicoterapia é um processo interpessoal, o comportamento do paciente é também influenciado pelas características e comportamentos do seu terapeuta.

Também seria útil estudar os itens de contratransferência do PQS em correlação com outra medida de contratransferência, como o Countertransference Questionnaire (CTQ; Zittel, Conklin & Westen, 2005), para que se pudessem melhor apurar as potencialidades do PQS para medir os sentimentos contratransferenciais.

O fato de não se ter relacionado o progresso com o processo, devido à inexistência de dados concomitantes que o permitissem, não permitiu avaliar a correlação entre a aderência a uma abordagem em particular e a consequente evolução do paciente, como já demonstrado por Pole et al. (2008) e Serralta et al. (2010). Este estudo, fica assim limitado, a descrever e propôr hipóteses para os diferentes comportamentos do terapeuta, sem se poder assumir em que medida contribuíram para a melhoria das pacientes. No entanto, também se acredita que, em terapias de longo prazo, submeter os pacientes a completar medidas de progresso com muita frequência pode perturbar o processo de tratamento, e causar reatividade e aprendizagem.

Esta investigação assume um carácter de estudo piloto, para melhor responder a uma série de questões, contribuindo com mais dados para a reflexão acerca das potencialidades de enfatizar o papel específico do paciente na interação.

Finalmente, um estudo de caso permite um olhar intensivo e sistemático para a psicoterapia naturalística, mas nunca permitirá generalizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 64-75.
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 541-563.
- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Katzenstein, T. K. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 216-231.
- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Hansen, L.S. (2011). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy 2011*, 14(1): 14-48.
- Bamberry, M., Porcerelli, J. H. & Ablon, J. S. (2007). Measuring psychotherapy process with the adolescent psychotherapy process q-set (APQ): development and applications for training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), 405-422.
- Baptista, A. (1993). *A gênese da perturbação de pânico*. Unpublished doctoral thesis submitted to the Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- Barber J.P, Crits-Christoph, P., Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619- 622.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National

- Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229–240.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156(10); 1563-69.
- Bateman, a. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18- month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158(1); 158: 36-42.
- Carmo, J., Horgan, M., Pires, A. P., & Seybert, C. (2012). Desenvolvimento da versão portuguesa do Psychotherapy Process Q-Set. *Se...Não. Revista de portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497- 504.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F (2004). The Personality Disorders Institute/ Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18, 52- 72.
- Conte, H.R., & Ratto, R. (1997). Self-report measures of psychological mindedness. In M. McCallum & W.E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding* (pp. 1-26). Munich: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coombs, M, M., Coleman, D. & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (3), 233-244.
- Dahl, H. & Teller, V. (1994). The characteristics, identification, and applications of Frames. *Psychotherapy Research*, 4, 253-276.

- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90- R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological assessment in Primary Care Settings* (pp. 297- 334). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fairburn, C., Norman, P. A., Welch, S.L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Pilver, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304- 12.
- Gabbard, G., & Westen, D. (2003). On therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 84, 823-841.
- Goldfried, M. R., Newman, C. F., & Hayes, A. M. (1989). *The coding system of therapeutic focus*. Unpublished manuscript, SUNY at Stony Brook, Stony Brook, NY.
- Heaton, K.J., Hill, C.E., & Edwards, L.A. (1995). Comparing molecular and molar methods of judging therapist techniques. *Psychotherapy Research*, 5(5), 141-153.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Hersoug, A., G., Hoglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16(2):100-10.
- Hilsenroth, M., Blagys, M., Ackerman, S., Bonge, D., & Blais, M. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive- behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy*, 42, 340-356.
- Jones, E. E. (1985). Manual for the Psychotherapy Process Q-Set. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Aronson
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.

- Jones, E. E., Ghanram, J. Nigg, J. T. & Dyer, J. F. P. (1993). A paradigm for single case research: the time series study of a long term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.
- Jones, E. E., Hall, S. A. & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley psychotherapy research group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic studies* (pp.98-106). Washington DC: American Psychological Association.
- Jones, E. E., Parke, L. A. & Pulos, S. M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2 (1), 16-30.
- Jones, E. E. & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1015.
- Kächele, H., Seybert, C., Erdardt, I., Buchholz, M., B. (2012). Countertransference as Object of Empirical Research? *International Forum of Psychoanalysis*, (accepted).
- Karlsson, R. & Kermott, A. (2008). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (1), 65-84.
- Katzenstein, T. (2007). Empirical validation of change processes in long-term psychodynamic psychotherapy: The bidirectional effects of clinician-patient interaction. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67(8-B), pp. 4712.
- Katzenstein, T., Ablon, J. S., & Levy, R. A. (2009). A naturalistic treatment for panic disorder. In R. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap between Science and Practice* (pp. 45–65). Totowa, NJ, US: Humana Press.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven/London: Yale Univ. Press.
- McCallum, M. & Piper, W. (eds.) (1997). *Psychological Mindedness: A Contemporary Understanding*. Lawrence Erlbaum.

- McCullough, L., Larsen, A., E., Schche, E., Andrews S. & Luhn, N. (2003). Achievement of Therapeutic Objectives Scale: ATOS Sscale. Unpublished Manuscript.
- Levitt, H., Butler, M., Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 314-324.
- Luborsky, L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive Expressive (SE) Treatment*. New York: Basic Books, 1984
- Ogrodniczuk, I. S., & Piper, W. E. (1999). Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies: Development and use of a new scale. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 142-154.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. A. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 586–595
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. A. & Ogrodniczuk, J., S., (2002) *Interpretive and Supportive Psychotherapies: Matching Therapy and Patient Personality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pole, N., Ablon, J.S., O'Connor, L., & Weiss, J. (2002). Ideal Control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 88-96.
- Pole, N., Ablon, J.S., & E. O' Connor (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 221-232.
- Porcerelli, J.H., Dauphin, V.B., Ablon, J.S., Leitman, S., & Bambery, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 1-13.
- Price, P.B., & Jones, E.E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 392-404.

- Sandahl, C, Herlitz, K., Ahlin, G., & Ronnberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 8, 361-378.
- Shapiro , D., A., Barkman, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive behavioral and psychodynamic- interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63; 522- 34.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmstead, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., et al. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837–846.
- Shedler., J. (2002). A New Language for Psychoanalytic Diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(2), 429-457.
- Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612–630
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measure of Axis II: A Q-Sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5, 333-353.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004b). Afinando el diagnóstico de trastorno de la personalidad: integración de la ciencia y la práctica clínica. *American Journal of Psychiatry* (Ed. Esp.), 7, 575-590.
- Shedler , J. & Westen , D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-Set procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 5, 335-355.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004a). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743–1754.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004b). Refining personality disorder diagnoses: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350–1365.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*. Vol 89(1), 41-55.

- Scharf, M., & Mayseless, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Developmental Psychology, 40*, 430–444.
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, Ma. L. R., Eizirik, C. L. & Olsen, C. (2010) The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research, 20*(5), 564-575.
- Seybert C (2011). *Categorical or dimensional? Differentiation of treatment techniques in short and long-term psychodynamic and psychoanalytic therapies* [E-Book] – Online Resource. Ulm University, Dissertation. http://vts.uniulm.de/docs/2011/7743/vts_7743_11141.pdf.
- Smith- Hansen, L., Levy, R., A., Seybert, C., Erhardt, I., Ablon, J., S., (2012) The Contributions of the Psychotherapy Process Q- Set to Psychotherapy Research. In Levy, R.A., Ablon, J., S., & Kächele (Eds). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence- Based Practice and, Practice- Bases Evidence*. Humana Press. New York. Chap. 23, pp. 381-400.
- Thompson, L., Gallagher, D., & Breckerige, J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*; 385 -90.
- Tobin, M.J. (2006). Countertransference and therapeutic interaction: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67*(4-B), pp. 2247.
- Zittel, Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference Questionnaire (CTQ) manual. <http://www.psychsystems.net/lab/>.

ANEXOS

Anexo A- Tabela estudos empíricos

Autor/Data /Objetivo	Método	Resultados
Ablon & Jones, (1998). Desenvolver protótipos de terapia psicodinâmica e cognitiva comportamental e perceber como os tratamentos aderiam a esses protótipos e se correlacionavam com resultados terapêuticos.	PQS	O protótipo psicodinâmico esteve correlacionado com resultados terapêuticos positivos. O protótipo CBT não esteve correlacionado significativamente com os resultados terapêuticos positivos em nenhum dos tipos de terapia.
Ablon & Jones, (1999). Examinar o processo terapêutico em diferentes terapias.	Hamilton Rating Scale for Depression (critério de inclusão), Global Assessment Scale, BDI (outcome). PQS, (n=128) Analisaram 1 sessão no início (4) e outra no fim (12), de cada tipo de terapia.	Os resultados demonstraram que havia áreas importantes do processo que se sobrepunham, assim como diferenças chave entre as mesmas. Observaram-se importantes diferenças relativamente á postura do terapeuta, atividade e técnica que foram concordantes com a sua prescrição teórica; as características dos pacientes entre as sessões foram bastante semelhantes.
Ablon & Jones, (2002). Perceber se os regimes especificados nos manuais de psicoterapia comparados com um estudo clínico controlado se sobrepõem consideravelmente em processo e técnica e se as estratégias de intervenção comuns a ambos os tratamentos seriam responsáveis por promover a mudança do paciente.	PQS e instrumentos de resultados terapêuticos (Hamilton Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Global Assessment Scale (GAS), HSCL-90) .	Tanto a psicoterapia interpessoal e terapia cognitiva comportamental aderiam mais fortemente ao protótipo ideal da terapia cognitiva comportamental. Além disso, o protótipo cognitivo demonstrou correlações mais positivas com os resultados terapêuticos em ambos os tipos de tratamento.
Ablon & Jones, (2005). Desenvolver um protótipo de		O processo analítico foi significativamente mais presente em

<p>uma hora ideal psicanalítica.</p>	<p>PQS</p>	<p>psicanálises do que nas terapias analíticas de longo prazo. Há processos de mudança únicos para cada díade; cada par analítico tem um padrão de interação único. Um modelo bi- pessoal é descrito e as tentativas de superar as teorias da ação terapêutica concentram se na ênfase da experiência do paciente e do terapeuta.</p>
<p>Ablon, Levy, & Katzenstein, (2006). Estudar o processo de mudança em tratamentos naturalísticos.</p>	<p>Outcome- questionnaires (ASI; PDSS; SCL-90; Q-LES-Q; CGI DSM-IV (SCID-IV); SCORS Multi Center Panic Anxiety scale; PQS.</p>	<p>Os pacientes alcançaram redução nos sintomas. Elementos integrativos caracterizaram os tratamentos: aderência ao processo CBT foi mais característica. Aderência ao processo IPT ou psicodinâmico foi mais preditor de resultados terapêuticos positivos. Preditores de resultados terapêuticos específicos foram identificados usando o PQS.</p>
<p>Bamberry, Porcerelli & Ablon (2007, 2009). Desenvolvimento do Adolescent Psychotherapy Q set e elaboração de protótipos de PDT e CBT de terapia com adolescentes.</p>	<p>PQS</p>	<p>Os resultados indicam que os protótipos PDT e CBT se correlacionam significativamente, dando conta de processos partilhados entre as duas orientações naquilo que é o ideal do tratamento para pacientes adolescentes.</p>
<p>Coombs, Coleman, & Jones, (2002). Explorar a expressão de emoção do paciente e a postura do terapeuta e a relação destes processos com os resultados terapêuticos.</p>	<p>PQS; Painful Afect Measure</p>	<p>Existiram diferenças significativas entre a quantidade de afetos dolorosos na CBT e IPT. Pacientes com nível elevado de emoção dolorosa tenderam a ter piores outcomes nestes tratamento breves. Quando as emoções dolorosas do paciente aumentavam, os terapeutas mostraram dificuldades em aplicar</p>

		intervenções de uma modalidade específica.
Jones, Cumming, & Horowitz, (1988). Examinar os efeitos de fatores específicos no desfecho da psicoterapia.	Outcome: BSI, IES, SRRS, BPRS DSM-III. Processo: PQS.	Os resultados demonstraram que os fatores específicos foram de fato preditivos dos resultados do tratamento, embora geralmente em interação com o nível de perturbação pré-tratamento do paciente.
Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer, (1993). Observar flutuações no modelo da terapia tomando em consideração o tempo e o efeito de eventos anteriores sobre as alterações subsequentes, assim preservando o contexto determinado para as ações do terapeuta e paciente.	PQS, SADS-I, HRSD, The Overall Change Rating, BDI, ATQ, SAS, IIP	Uma análise bidirecional de efeitos causais mostra que os processos de influência entre terapeuta e paciente são mútuos e recíprocos e sugere que o efeito do paciente sobre o terapeuta e sobre o processo não tem sido suficientemente explícito nos modelos anteriores do processo e da mudança. O potencial do estudo intensivo um caso único para descobrir efeitos causais em psicoterapia é demonstrada.
Jones, Parke & Pulos, (1992). Estudar o processo terapêutico em tratamentos a decorrer em consultório privado.	PQS, SCL-90-R (GSI), The Overall Change Rating	Este estudo confirmou a importância das técnicas dinâmicas, incluindo a transferência e a interpretação das defesas, e sugeriu que os tratamentos eram caracterizados por uma mudança gradual, de uma construção pessoal externa e orientada para a realidade das dificuldades, para o ênfase na experiência interna e na relação com o terapeuta.

<p>Jones & Pulos, (1993). Comparar o processo de terapia psicodinâmica breve e terapias cognitivo-comportamentais</p>	<p>SCL-90-R; BPRS; OCR; RDC; BDI; HRSD; MMPID; ATQ; RDS; PQS.</p>	<p>Os resultados demonstraram que, embora algumas características fossem comuns a ambos os tratamentos, há diferenças importantes. A terapia cognitivo-comportamental promove o controle do afeto negativo, Em psicoterapias psicodinâmicas, houve uma ênfase na evocação de afeto, usando a relação terapeuta-paciente como uma mudança agente.</p>
<p>Jones & Windholz, (1990). Proporcionar uma visão dos processos salientes no tratamento em geral.</p>	<p>PQS</p>	<p>Os resultados mostraram que a posição do analista foi consistentemente neutra, aceitante e não defensiva, e que ele se absteve de oferecer apoio direto, tranquilidade, e conselhos. A paciente foi constantemente classificada como ansiosa, tensa, ativa em iniciar o diálogo, mas não controladora nem exigente. Os autores encontraram evidências para a emergência de uma neurose de transferência, no quarto ano da análise.</p>
<p>Karlsson & Kermott, (2008). RF foi investigada aqui como uma variável do paciente durante o processo em dois estudos de psicoterapia breve.</p>	<p>PQS, Reflective Functioning (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998)</p>	<p>Os resultados correlacionam a alta RF com bons resultados, e esta manteve-se estável ou diminuiu durante os tratamentos, parecendo estar ligada com características de personalidade nos pacientes.</p>
<p>Katzenstein, Ablon, Raymond, Levy (2009) Examinar o grau de mudança associado a uma psicoterapia naturalística para a perturbação de pânico, num estudo de caso; identificar</p>	<p>.Outcome: Self report- Qnxiety Severity Index ASI, Panic Disorder Severety Scale PDSS, SCL-90, Quality and Satisfaction Questionnaire (Q-Les-Q), clinicos- Clinical global impression scale, Global</p>	<p>Os resultados sugerem que clínicos psicodinâmicos podem e fazem tratamentos para desordens de pânico com eficácia. Este clínicos utilizam uma séria de abordagens terapêuticas incluindo , a terapia focada nas emoções, elementos de CBT e PDT.</p>

<p>quais os processos que melhor caracterizavam os tratamentos; identificar quais destes processos eram mais preditivos de resultados terapêuticos positivos; identificar que variáveis de processo específicas melhor prediziam o resultados terapêuticos.</p>	<p>assessment of functioning scale, defense functioning scale, social and cognition object relations scale, rater independents-multicenter panic anxiety scale.</p> <p>Processo: PQS.</p>	<p>Os resultados também sugerem a importância de observar o processo em vários níveis..</p>
<p>Pole, Ablon, O'Connor, & Weiss, (2002).</p>	<p>PQS</p>	<p>Quanto mais próximo a técnica do terapeuta durante a sessão foi do protótipo CMT, melhor resultado da sessão.</p>
<p>Pole, Ablon, O'Connor (2008) Ilustrar um método de testar modelos de mudança em casos individuais de psicoterapia de longa duração</p>	<p>Single case study</p> <p>208 sessões de CMT, cada 4ª sessão ; N= 53; DSM-IV; BDI; HRSD; SCL-90-R, GSI. Inicio, fim e a cada 16 sessões</p>	<p>O comportamento do terapeuta era mais consistente com o protótipo CMT, e esta aderência, assim como aspectos particulares de outros protótipos influenciavam a mudança nos sintomas.</p>
<p>Pole & Jones, (1998). Investigar porque a diminuição da aceitação do terapeuta e da sua neutralidade levaram a uma melhoria dos sintomas na paciente e como exatamente a terapia contribuiu para as suas outras melhorias.</p>	<p>PQS</p>	<p>Usando a análise de séries temporais, os autores descobriram que a associação livre aumentou ao longo do curso do tratamento e foi facilitada pelo uso de técnicas psicodinâmicas pelo terapeuta, que por sua vez fez prever melhoria sintomática.</p>
<p>Porcerelli, Dauphin, Ablon, Leitman & Bambery (2007). Utilizaram os dados obtidos durante 5 anos de psicanálise de um homem adulto com transtorno de personalidade</p>	<p>PQS</p>	<p>Os resultados indicaram que o paciente alcançou reduções clinicamente significativas na gravidade dos sintomas, e na patologia relacional. Os ganhos foram mantidos durante um ano de</p>

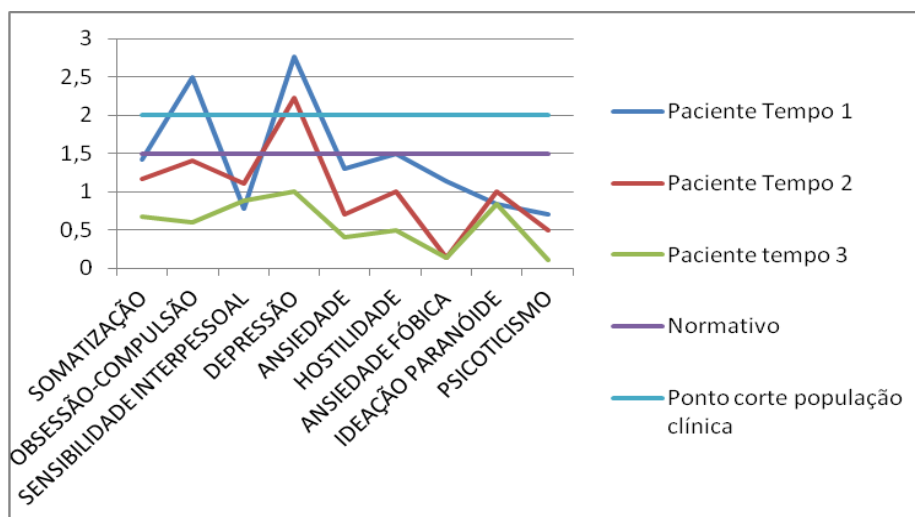
<p>evitante (AVPD). Os dados do processo foram recolhidos para determinar em que medida o tratamento aderiu ao protótipo psicodinâmico, cognitivo-comportamental e interpessoal.</p>		<p>follow-up. O tratamento aderiu significativamente a princípios dinâmicos, com algum uso de técnicas cognitivo-comportamentais e interpessoais durante o princípio do terceiro ano de tratamento.</p>
<p>Price & Jones, (1998). Examinaram a relação do PQS com a aliança terapêutica, nomeadamente aqueles que se relacionavam com os sentimentos de segurança, confiança e compreensão do paciente.</p>	<p>CALPAS; Marmar et al. 1989 PQS</p>	<p>Descobriram que existiam itens do PQS que se correlacionavam significativamente com a aliança. Da mesma forma, existiam itens que previam fortemente os valores obtidos pela medida de aliança terapêutica</p>
<p>Serralta, Pole, Nunes, Eizirik & Olsen, (2010)</p>	<p>SCL-90-R; BDI; SAS; PQS</p>	<p>O processo terapêutico aderiu mais ao protótipo CBT do que ao PDT. Os componentes dos protótipos que medem a adesão ao paciente aos comportamentos ideais da CBT e a foram preditores do progresso terapêutico. Sintomas específicos da paciente influenciaram a adesão da terapeuta ao protótipos CBT e PD.</p>
<p>Seybert, (2011) Comparar variáveis de processo em psicanálise, psicoterapia dinâmica de longo prazo e curto prazo.</p>	<p>PQS</p>	<p>No geral, foram encontradas mais semelhanças do que diferenças. As técnicas de terapia foram aplicadas de forma semelhante em todas as amostras, nomeadamente técnicas específicas da psicanálise como a interpretação. Impressionante foi a quantidade de técnicas psicanalíticas aplicadas na amostra de PIP de curto prazo, assim como o facto de ter sido este tipo de terapia, a que apresentou</p>

		correlação mais alta com o protótipo psicanalítico.
Spence, Dahl, & Jones, (1993). Analisar processos em estudo de caso.	<i>PQS</i>	A associação livre aumentou significativamente durante o curso do tratamento, estando relacionada com o número de intervenções do analista por hora, mas apenas nas fases posteriores da terapia.
Taylor, (2010) Este estudo examinou a relação entre os processos de psicoterapia e mudanças de sintomas em 27 mulheres sobreviventes de violência interpessoal que receberam 3 meses de tratamento em comunidade.	Versão modificada (PQS) para quantificar a escolha de técnicas de psicoterapia. Medidas de trauma	A melhoria de sintomas, preconceitos e excitação fisiológica estariam relacionados à maior presença de técnicas associadas com a terapia psicodinâmica; nomeadamente com o trabalho sobre culpa, vergonha e significado. Os resultados sugeriram que as técnicas psicodinâmicas como trabalhar a culpa inconsciente, podem desempenhar um papel relevante no alívio dos sintomas e melhoria na cognição e fisiologia em mulheres significativamente traumatizadas.
Tobin, (2006). O presente estudo explora a relação entre contratransferência, tal como definido pela formulação totalista de Kernberg (1965), e as interações dentro da sessão terapêutica.	Holmqvists 24-word, self-report, (FC); PQS	A contratransferência dos terapeutas é largamente determinada pelo quão eficazes eles acreditam que estão a ser na sessão. Além disso, os resultados sugerem que os terapeutas e pacientes podem regular o humor um do outro por meio de comunicações inconscientes dentro da sessão.

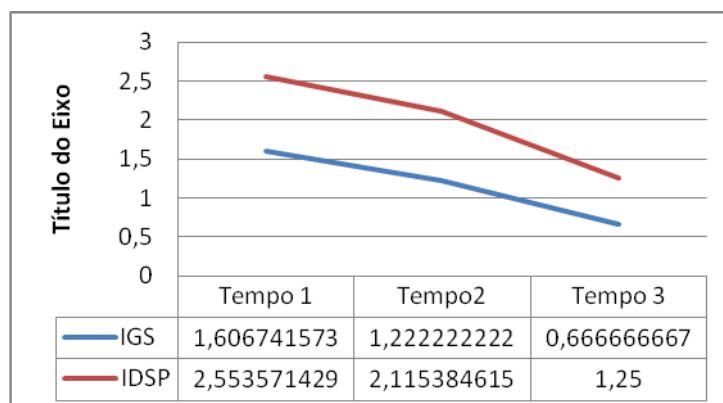
Anexo B - Resultados SCL-90- R da Paciente A e Paciente B

Scores SCL-90- R ao longo do tempo para a Paciente A

	Paciente A			Normativo	Ponto corte população clínica
	Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3		
SOMATIZAÇÃO	1,416667	1,166667	0,666667	1,5	2
OBSESSÃO-COMPULSÃO	2,5	1,4	0,6	1,5	2
SENSIBILIDADE INTERPESSOAL	0,777778	1,111111	0,888889	1,5	2
DEPRESSÃO	2,769231	2,230769	1	1,5	2
ANSIEDADE	1,3	0,7	0,4	1,5	2
HOSTILIDADE	1,5	1	0,5	1,5	2
ANSIEDADE FÓBICA	1,142857	0,142857	0,142857	1,5	2
IDEAÇÃO PARANÓIDE	0,833333	1	0,833333	1,5	2
PSICOTICISMO	0,7	0,5	0,1	1,5	2



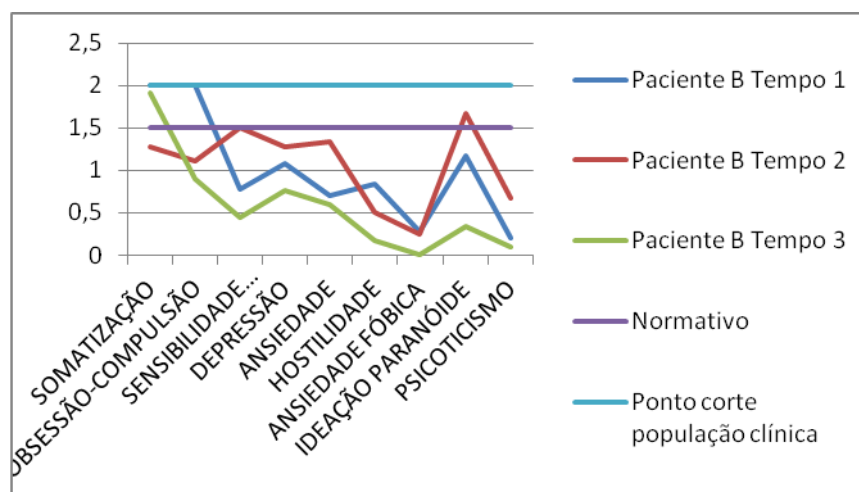
Progresso terapêutico da Paciente A nas várias escalas de Sintoma SCL-90- R



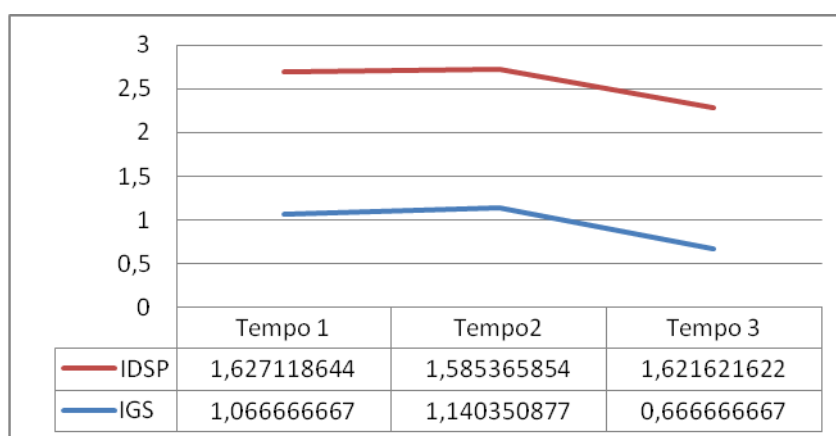
Progresso terapêutico da Paciente A no SCL-90- R

Scores SCL-90- R ao longo do tempo para a Paciente B

	Paciente B			Normativo	Ponto corte população clínica
	Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3		
SOMATIZAÇÃO	2	1,272727	1,916667	1,5	2
OBSESSÃO-COMPULSÃO	2	1,111111	0,9	1,5	2
SENSIBILIDADE INTERPESSOAL	0,777778	1,5	0,444444	1,5	2
DEPRESSÃO	1,076923	1,272727	0,769231	1,5	2
ANSIEDADE	0,7	1,333333	0,6	1,5	2
HOSTILIDADE	0,833333	0,5	0,166667	1,5	2
ANSIEDADE FÓBICA	0,285714	0,25	0	1,5	2
IDEAÇÃO PARANÓIDE	1,166667	1,666667	0,333333	1,5	2
PSICOTICISMO	0,2	0,666667	0,1	1,5	2



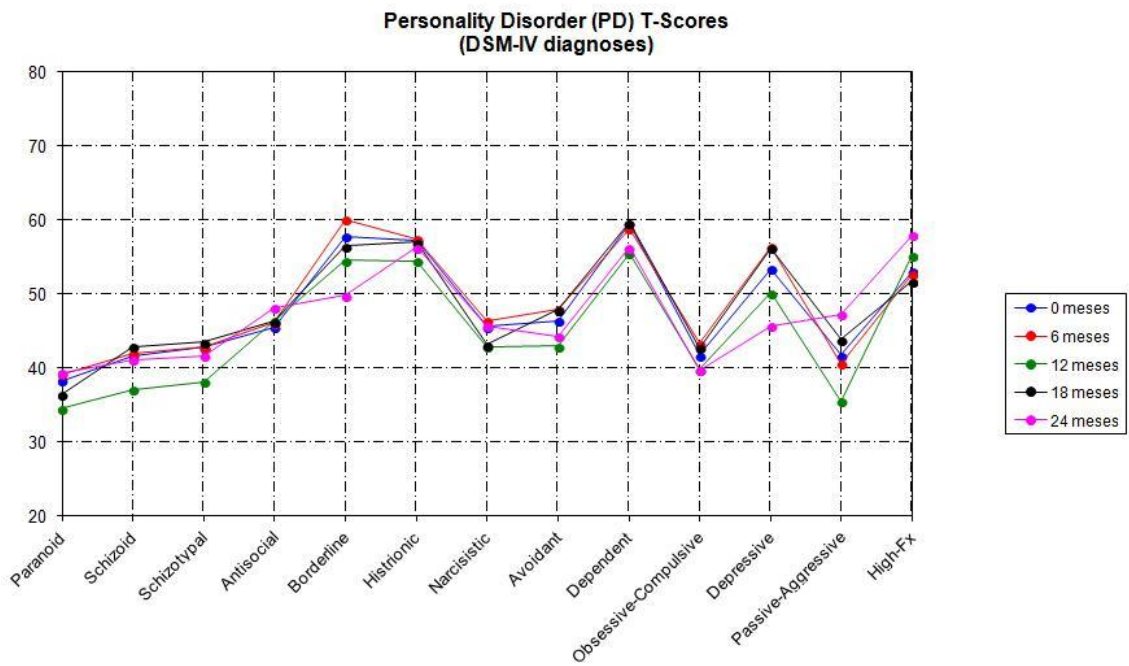
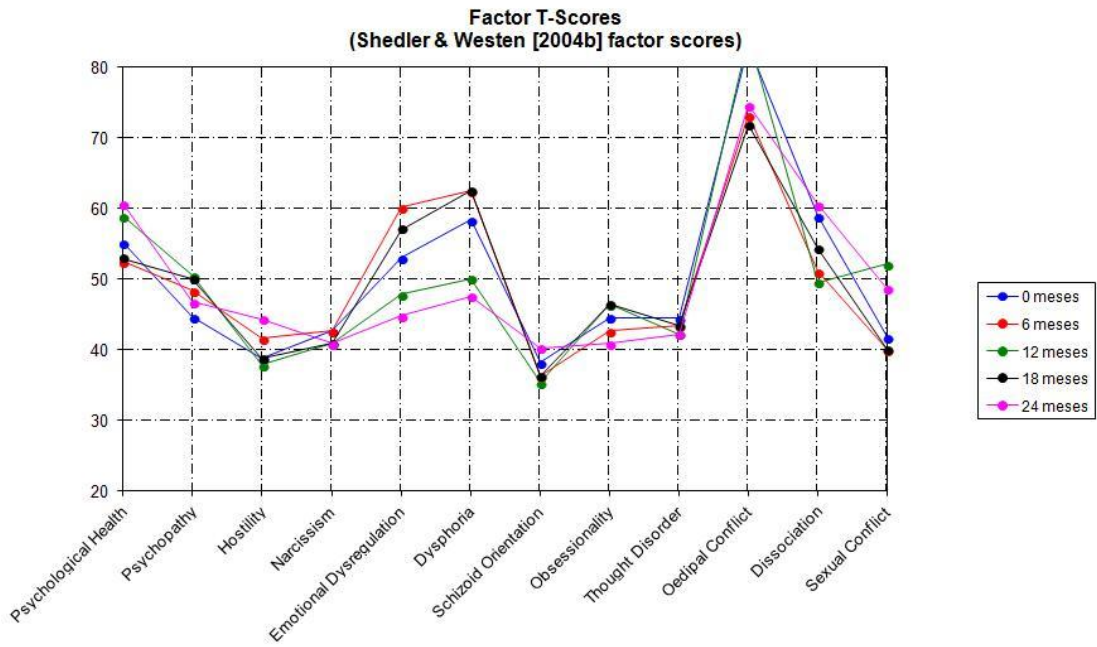
Progresso terapêutico da Paciente B nas várias escalas de Sintoma SCL-90- R



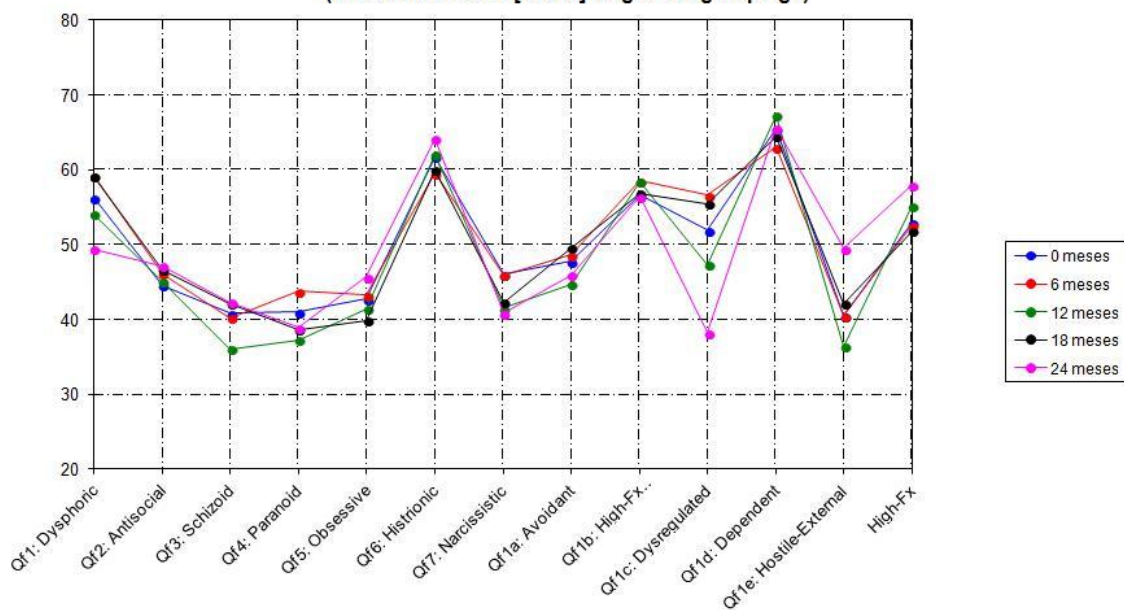
Progresso terapêutico da Paciente B SCL-90- R

Anexo C- Resultados SWAP-200 para a Paciente A e Paciente B

Paciente A



**Q-Factor T-Scores
(Westen & Shedler [1999b] diagnostic groupings)**



Select case
More info

**Factor T-Scores
(Shedler & Westen [2004b] factor scores)**

Patients (6)	Psychological Health	Psychopathy	Hostility	Narcissism	Emotional Dysregulation	Dysphoria	Schizoid Orientation	Obsessionality	Thought Disorder	Oedipal Conflict	Dissociation	Sexual Conflict
sample patient 2	72.2	50.5	47.2	75.9	39.8	35.2	36.4	44.6	49.1	64.9	40.3	45.3
0 meses	55.3	44.7	38.9	42.7	53.0	58.4	38.3	44.6	44.6	83.1	59.0	41.8
6 meses	52.6	48.4	41.6	42.7	60.2	62.6	36.4	42.8	43.4	73.3	51.2	40.1
12 meses	59.0	50.5	37.9	40.9	47.9	50.1	35.4	46.4	42.3	84.5	49.6	52.2
18 meses	53.0	50.0	38.9	40.9	57.1	62.6	36.4	46.4	43.4	71.9	54.3	40.1
24 meses	60.8	46.8	44.4	40.9	44.9	47.7	40.3	41.0	42.3	74.7	60.5	48.7

Select case
More info

**Personality Disorder (PD) T-Scores
(DSM-IV diagnoses)**

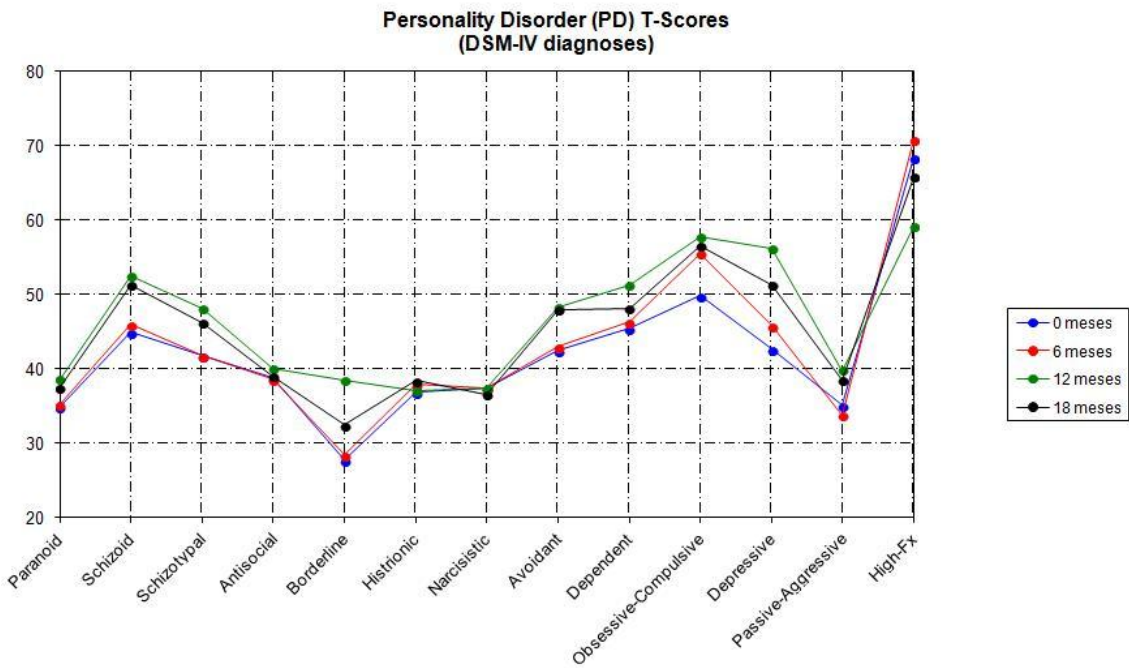
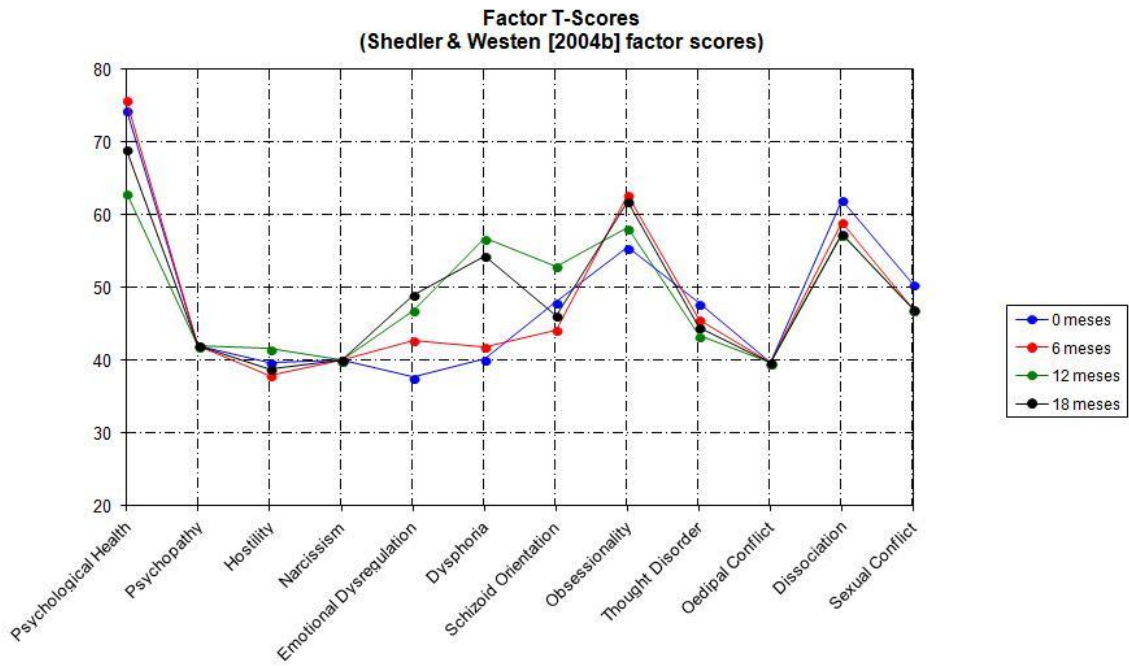
Patients (6)	Paranoid	Schizoid	Schizotypal	Antisocial	Borderline	Histrionic	Narcissistic	Avoidant	Dependent	Obsessive-Compulsive	Depressive	Passive-Aggressive	High-Fx
sample patient 2	44.1	32.6	32.9	56.4	40.0	54.3	63.2	33.8	35.2	39.8	32.7	41.9	65.3
0 meses	38.3	41.7	42.8	45.6	57.9	57.3	45.6	46.4	59.6	41.7	53.5	41.8	53.0
6 meses	39.3	42.0	42.8	46.1	60.1	57.5	46.4	47.9	58.9	43.3	56.5	40.6	52.7
12 meses	34.5	37.2	38.2	46.4	54.6	54.5	42.9	43.0	55.6	39.9	50.2	35.5	55.3
18 meses	36.5	42.9	43.5	46.3	56.5	57.1	43.1	47.9	59.7	42.7	56.3	43.9	51.8
24 meses	39.3	41.2	41.7	48.1	49.8	56.3	45.7	44.2	56.3	39.7	45.8	47.2	58.0

Select case
More info

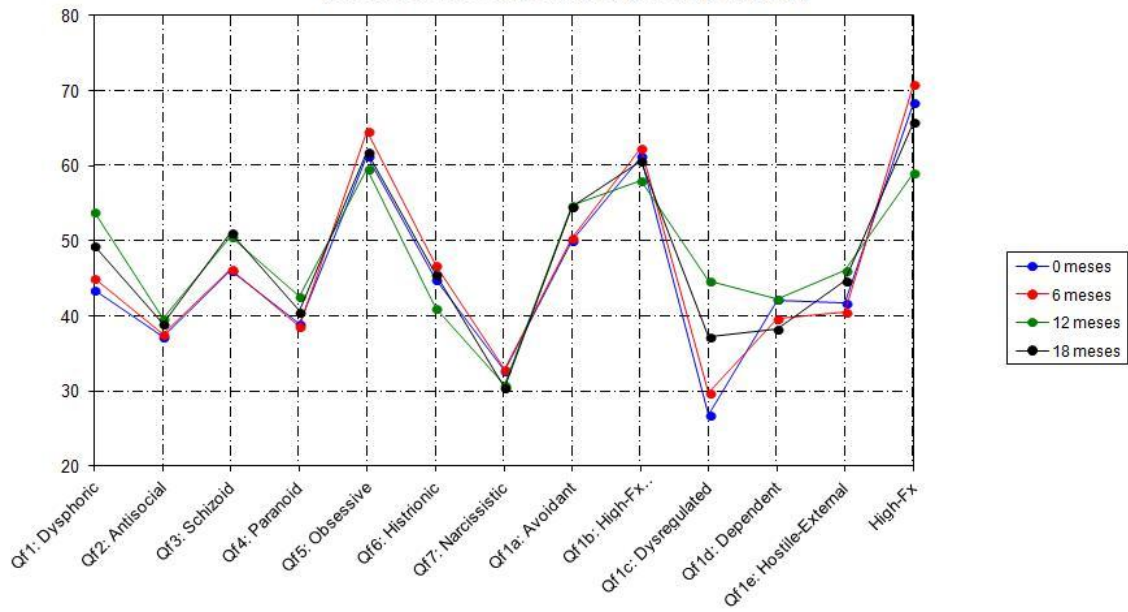
**Q-Factor T-Scores
(Westen & Shedler [1999b] diagnostic groupings)**

Patients (6)	Qf1: Dysphoric	Qf2: Antisocial	Qf3: Schizoid	Qf4: Paranoid	Qf5: Obsessive	Qf6: Histrionic	Qf7: Narcissistic	Qf1a: Avoidant	Qf1b: High-Fx depressive	Qf1c: Dysregulated	Qf1d: Dependent	Qf1e: Hostile-External	High-Fx
sample patient 2	34.2	54.1	34.7	41.7	59.5	59.7	71.2	35.7	59.5	30.0	45.9	48.0	65.3
0 meses	56.3	44.6	40.9	41.0	42.8	61.8	46.1	47.7	56.7	52.0	65.5	40.5	53.0
6 meses	59.3	46.2	40.3	43.9	43.3	59.6	46.0	48.7	58.6	56.6	63.1	40.5	52.7
12 meses	54.1	45.1	36.1	37.2	41.5	62.1	41.5	44.8	58.4	47.4	67.3	36.5	55.3
18 meses	59.1	46.5	42.1	38.6	39.9	59.9	42.2	49.5	56.8	55.5	64.5	42.1	51.8
24 meses	49.4	47.2	42.3	38.9	45.7	64.2	40.9	46.0	56.5	38.2	65.6	49.5	58.0

Paciente B



Q-Factor T-Scores
(Westen & Shedler [1999b] diagnostic groupings)



Select case
More info

Factor T-Scores
(Shedler & Westen [2004b] factor scores)

Patients (5)	Psychological Health	Psychopathy	Hostility	Narcissism	Emotional Dysregulation	Dysphoria	Schizoid Orientation	Obsessionality	Thought Disorder	Oedipal Conflict	Dissociation	Sexual Conflict
Sample Patient	42,1	45,2	67,7	45,4	70,4	51,0	43,2	52,8	49,1	39,7	49,6	52,2
0 meses	74,5	42,1	39,8	40,0	37,7	40,2	48,1	55,6	47,9	39,7	62,1	50,5
6 meses	75,9	42,1	37,9	40,0	42,8	41,8	44,2	62,9	45,7	39,7	59,0	47,0
12 meses	63,1	42,1	41,6	40,0	46,9	56,8	53,0	58,3	43,4	39,7	57,4	47,0
18 meses	69,0	42,1	38,9	40,0	48,9	54,3	46,2	61,9	44,6	39,7	57,4	47,0

Select case
More info

Personality Disorder (PD) T-Scores
(DSM-IV diagnoses)

Patients (5)	Paranoid	Schizoid	Schizotypal	Antisocial	Borderline	Histrionic	Narcissistic	Avoidant	Dependent	Obsessive-Compulsive	Depressive	Passive-Aggressive	High-Fx
Sample Patient	54,1	46,6	46,7	48,0	65,9	58,5	49,6	50,2	52,8	52,7	55,4	55,0	42,9
0 meses	34,9	45,0	41,8	38,8	27,7	36,8	37,4	42,4	45,4	49,8	42,7	35,1	68,4
6 meses	35,3	46,0	41,8	38,7	28,4	37,9	37,4	43,0	46,4	55,6	45,8	33,8	70,9
12 meses	38,6	52,5	48,1	40,1	38,5	37,1	37,3	48,4	51,2	57,8	56,2	39,8	59,2
18 meses	37,5	51,3	46,3	39,0	32,4	38,4	36,5	48,0	48,1	56,6	51,3	38,5	65,9

Select case
More info

Q-Factor T-Scores
(Westen & Shedler [1999b] diagnostic groupings)

Patients (5)	Qf1: Dysphoric	Qf2: Antisocial	Qf3: Schizoid	Qf4: Paranoid	Qf5: Obsessive	Qf6: Histrionic	Qf7: Narcissistic	Qf1a: Avoidant	Qf1b: High-Fx depressive	Qf1c: Dysregulated	Qf1d: Dependent	Qf1e: Hostile-External	High-Fx
Sample Patient	52,9	47,1	45,2	66,4	43,5	55,8	40,0	45,8	48,0	65,3	48,9	52,0	42,9
0 meses	43,5	37,2	46,1	39,0	61,3	44,9	32,7	50,0	61,3	26,8	42,2	41,8	68,4
6 meses	45,0	37,6	46,2	38,7	64,7	46,7	32,9	50,5	62,3	29,8	39,6	40,5	70,9
12 meses	53,9	39,6	50,5	42,6	59,6	41,1	30,9	54,7	58,0	44,8	42,2	46,2	59,2
18 meses	49,4	39,0	51,1	40,6	61,9	45,6	30,4	54,7	60,6	37,3	38,4	44,7	65,9

Anexo D- Resultados das análises Parciais aos itens do Terapeuta, Paciente e Interação

Análise dos itens do terapeuta

Itens mais característicos do terapeuta no caso A em comparação com o caso B

PQS Item	5 Itens mais característicos	Média A	Média B	T(16)	p- value
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,25	7,69	1,53	0,15
92	Os sentimentos e percepções do paciente são ligados a situações ou comportamentos do passado	7,75	5,75	3,43	0,00*
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.	7,6	7,94	-0,85	0,41
62	O terapeuta identifica um tema recorrente na experiência ou na conduta do paciente.	7,1	5,50	2,60	0,01*
40	O terapeuta faz interpretações referindo-se a pessoas concretas da vida do paciente.	6,65	7,06	-0,70	0,49
PQS Item	5 Itens menos característicos	Média A	Média B	T(16)	p- value
77	O terapeuta tem falta de tato.	1,4	1,75	-1,91	0,07
9	O terapeuta é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afetivamente)	1,45	1,63	-1,17	0,26
51	O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente.	3,1	4,06	-2,76	0,01*
93	O terapeuta tem uma postura neutra.	3,2	3,06	0,40	0,69
24	Os conflitos emocionais do próprio terapeuta interferem na relação terapêutica.	3,3	3,69	-1,62	0,12

Nota: Os extremos são 9 (extremamente característico) e 1 (extremamente não característico). As diferenças significativas foram determinadas aplicando testes t para amostras independentes. Número de sessões =18 (10 Caso A, 8 Caso B). Número de itens= 41. * $p \leq 0,01$.

Descrição dos itens mais característicos do terapeuta no caso B em comparação com o caso A

PQS Item	5 Itens mais característicos	Média B	Média A	T(16)	p- value
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.	7,94	7,60	-0,85	0,41
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	7,69	8,25	1,53	0,15
46	O terapeuta comunica com o paciente de forma clara e coerente.	7,31	6,20	-3,03	0,01*
65	O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente.	7,19	6,60	-1,66	0,12
3	As intervenções do terapeuta destinam-se a facilitar o discurso do	7,13	5,85	-4,43	0,00*

	paciente.				
PQS Item	5 Itens menos característicos	Média B	Média A	T(16)	p-value
9	O terapeuta é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afetivamente).	1,63	1,45	-1,17	0,26
77	O terapeuta tem falta de tato.	1,75	1,40	-1,91	0,07
93	O terapeuta tem uma postura neutra.	3,06	3,20	0,40	0,69
24	Os conflitos emocionais do próprio terapeuta interferem na relação terapêutica.	3,69	3,30	-1,62	0,12
36	O terapeuta refere a utilização, pelo paciente, de manobras defensivas, por exemplo, anulação, negação.	3,94	4,00	0,15	0,88

Nota: Os extremos são 9 (extremamente característico) e 1 (extremamente não característico). As diferenças significativas foram determinadas aplicando testes t para amostras independentes. Número de sessões =18 (10 Caso A, 8 Caso B). Número de itens= 41. * $p \leq 0,01$.

Tabela Diferenças de adesão entre o terapeuta, nos dois casos

Adesão Terapeuta	Caso A	Caso B	t(16)	p-value
PDT	0,32	0,21	1,29	0,22
CBT	0,45	0,51	-1,49	0,16
IPT	0,16	0,22	-1,80	0,09

Análise dos itens do paciente

Descrição dos itens mais característicos da paciente A em comparação com a B

PQS Item	5 Itens mais característicos	Média A	Média B	T(16)	p-value
35	A auto-imagem é foco de discussão.	7,65	7,19	1,23	0,24
54	O paciente é claro e organizado na forma como se expressa.	7,65	6,88	1,61	0,13
33	O paciente fala em sentir-se próximo ou querer estar próximo de alguém.	7,2	7,44	-0,46	0,65
84	O paciente expressa raiva ou sentimentos agressivos.	6,85	4,38	3,79	0,00*
88	O paciente traz questões e material importantes.	6,85	6,81	0,09	0,93
	5 Itens menos característicos	Média A	Média B	T(16)	p-value

15	O paciente não inicia nem elabora tópicos.	1,15	1,13	0,22	0,83
25	O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão.	1,5	1,81	-1,88	0,08
44	O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).	1,55	1,44	0,61	0,55
56	O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus próprios sentimentos	1,8	3,00	-4,10	0,00*
8	O paciente está preocupado ou em conflito com a sua dependência em relação ao terapeuta.	2,45	3,06	-1,34	0,20

Descrição dos itens mais característicos da paciente B em comparação com a A

PQS Item	5 Itens mais e menos característicos	Média B	Média A	T(16)	p-value
33	O paciente fala em sentir-se próximo ou querer estar próximo de alguém.	7,44	7,20	-0,46	0,65
35	A auto-imagem é foco de discussão.	7,19	7,65	1,23	0,24
87	O paciente é controlador.	7,00	6,55	-1,32	0,20
97	O paciente é introspetivo, explora prontamente pensamentos e sentimentos internos.	7,00	6,40	-1,53	0,14
54	O paciente é claro e organizado na forma como se expressa.	6,88	7,65	1,61	0,13
15	O paciente não inicia nem elabora tópicos.	1,13	1,15	0,22	0,83
42	O paciente rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do terapeuta.	1,44	5,35	6,38	0,00*
44	O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).	1,44	1,55	0,61	0,55
25	O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão.	1,81	1,50	-1,88	0,08
5	O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta.	2,19	2,80	1,52	0,15

Comparação da adesão das Pacientes aos protótipos Psicanalítico, cognitivo- comportamental e Interpessoal durante toda a terapia

Adesão Pacientes	Paciente A	Paciente B	t(16)	p-value
PDT	,34	,31	,601	,556
CBT	,48	,57	-2,346	,032
IPT	,34	,31	,381	,708

Comparação da adesão das pacientes aos protótipos Psicanalítico, cognitivo- comportamental e Interpessoal durante toda a terapia

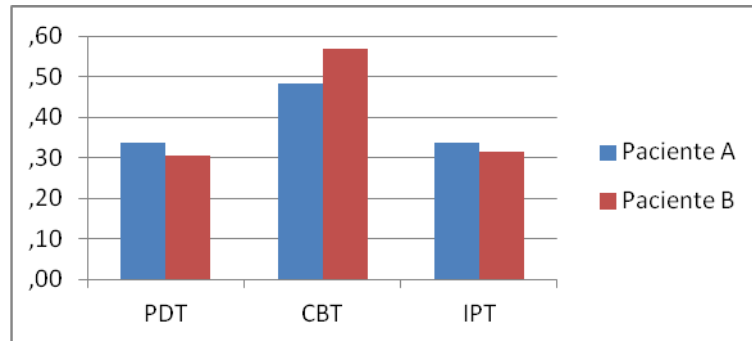


Figura 7. Comparação da adesão das pacientes aos protótipos nos dois casos

Comparação da adesão das pacientes aos protótipos Psicanalítico, cognitivo- comportamental e Interpessoal ao longo do tempo

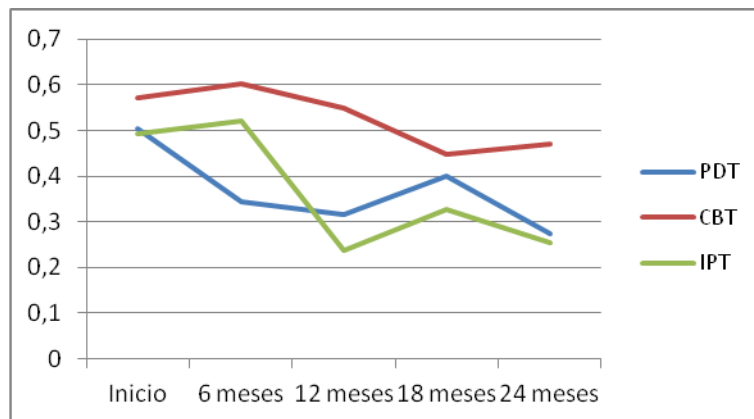


Figura 8. Adesão da paciente A aos protótipos PDT, CBT, IPT, ao longo do tempo

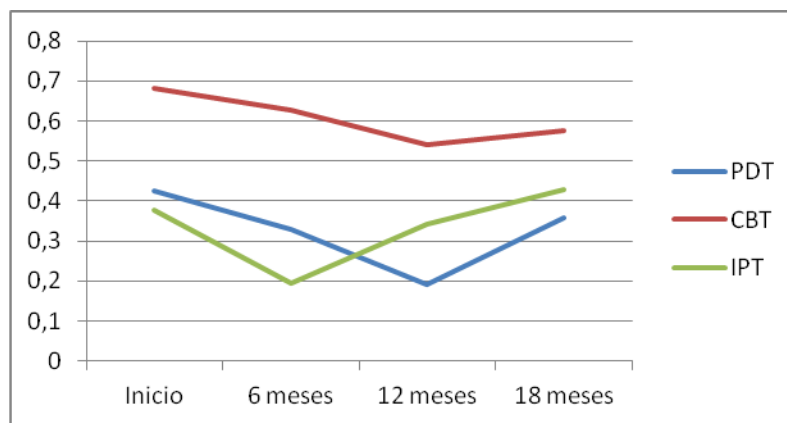


Figura 9. Adesão da paciente B aos prátotipos PDT, CBT, IPT, ao longo do tempo

Análise dos itens da interação

Descrição dos itens mais característicos da interação A em comparação com a B

PQS Item	5 Itens mais e menos característicos	Média A	Media B	T(16)	p-value
63	As relações interpessoais do paciente são tema principal.	8,3	8,75	-1,54	0,14
64	As relações amorosas ou românticas são tópicos de discussão.	8,2	7,25	2,06	0,06
91	Memórias ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.	7,6	4,94	3,82	0,00*
69	Situações atuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão.	7,35	8,38	-1,77	0,10
16	São discutidas funções corporais, sintomas físicos ou questões de saúde.	5,9	6,44	-0,99	0,34
39	Há competitividade na relação terapêutica.	3,8	2,06	4,93	0,00*
38	São discutidas atividades ou tarefas específicas para o paciente realizar fora das sessões.	4,05	4,63	-2,39	0,03
12	Ocorrem silêncios durante a sessão.	4,15	2,63	2,33	0,03
75	O fim da terapia é discutido.	4,2	4,69	-2,86	0,01*
4	Os objetivos terapêuticos do paciente são discutidos.	4,6	4,63	-0,09	0,93

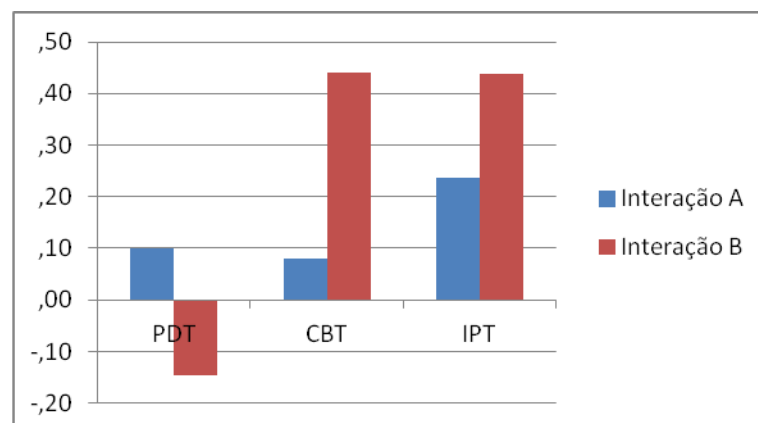
Descrição dos itens mais característicos da interação B em comparação com a A

PQS Item	5 Itens mais e menos característicos	Média B	Média A	T(16)	p-value
63	As relações interpessoais do paciente são tema principal.	8,75	8,30	-1,54	0,14

69	Situações atuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão.	8,38	7,35	-1,77	0,10
64	As relações amorosas ou românticas são tópicos de discussão.	7,25	8,20	2,06	0,06
41	As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.	7,13	5,00	-3,88	0,00*
23	O diálogo centra-se num foco específico.	6,75	5,40	-2,05	0,06
39	Há competitividade na relação terapêutica.	2,06	3,80	4,93	0,00*
12	Ocorrem silêncios durante a sessão.	2,63	4,15	2,33	0,03
90	Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.	4,38	5,05	1,42	0,18
19	A relação terapêutica tem uma qualidade erótica.	4,56	4,65	0,25	0,81
4	Os objetivos terapêuticos do paciente são discutidos.	4,63	4,60	-0,09	0,93
38	São discutidas atividades ou tarefas específicas para o paciente realizar fora das sessões.	4,63	4,05	-2,39	0,03

Comparação da adesão do terapeuta aos protótipos Psicanalítico, cognitivo- comportamental e Interpessoal durante toda a terapia

Adesão interação	Caso A	Caso B		p-value
PDT	,10	-,15	3,38	,00
CBT	,08	,44	-5,03	,00
IPT	,24	,44	-3,44	,00



Comparação da adesão do terapeuta dos casos aos protótipos Psicanalítico, cognitivo- comportamental e Interpessoal ao longo do tempo

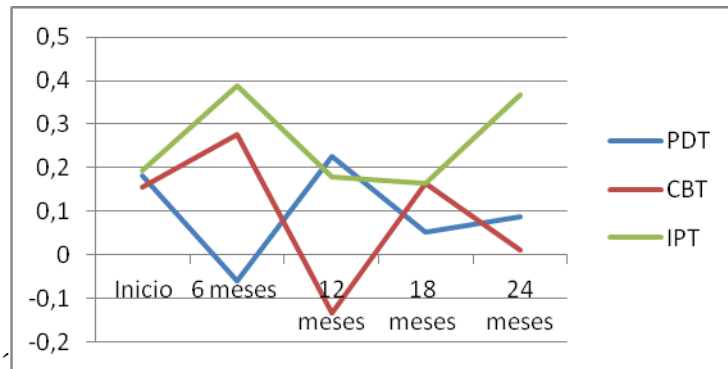


Figura 8. Adesão da interação A aos protótipos PDT, CBT, IPT, ao longo do tempo

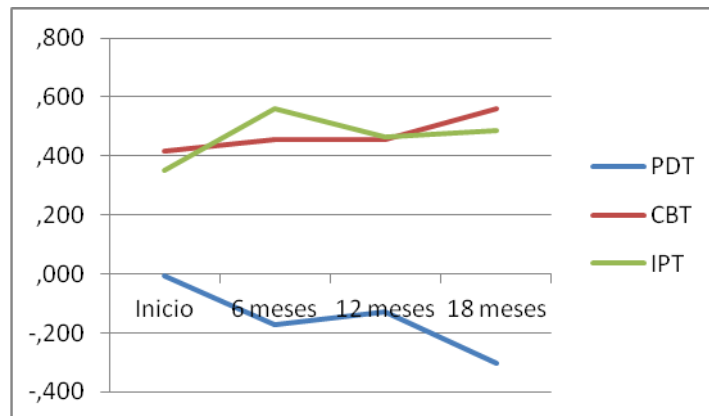


Figura 8. Adesão da interação B aos protótipos PDT, CBT, IPT, ao longo do tempo

Anexo E- Protótipos Ablon & Jones (1998)

PQS ITEM	PDTFAC	CBTFAC	IPTFAC
1	,68106	-,69019	-,30678
2	,63104	-,19540	1,27025
3	,91674	,38825	1,18840
4	,27234	1,51264	1,09959
5	-,19856	-2,03786	,15612
6	1,46369	,95492	,88856
7	-,12700	-,67575	-,07378
8	,28985	-,83799	,01813
9	-1,59645	-1,42096	,19952
10	,38593	-,66875	-1,93767
11	1,12287	-,40101	,10788
12	,23312	-1,36427	-,45698
13	,30887	,30612	-,08919
14	-,34413	-1,95382	-,25295
15	-1,40009	-1,42634	-,35905
16	-,15383	,26113	1,20378
17	-2,33886	1,44947	,05911
18	1,38037	,97356	,67846
18	,47743	-1,50739	-1,68963
20	,16198	-,77549	-,72394
21	-1,86452	,56218	-,50028
22	,87158	-,06288	,78543
23	-1,08673	1,37594	1,38968
24	-1,77003	-1,69966	-,59514
25	-,27305	-1,06296	-,95150
26	,72556	,63706	1,05016
27	-1,95332	1,32042	,68759
28	,66809	1,05371	,91300
29	,25005	-,65139	-,64995
30	-,54796	1,68317	-3,81895
31	,47592	1,37438	,84143
32	1,31983	,85733	-,21328
33	,41875	-,04172	1,61949
34	-1,39676	-,48051	-,95306
35	1,10779	,36316	-,71370
36	1,53398	-1,28250	-1,40403
37	-2,15809	1,17062	-1,37664
38	-1,52380	1,92961	-,75942
39	,12335	-2,16396	-,95721

40	,51505	,25253	1,24954
41	,47533	,67499	-,12040
42	-,21803	-,97551	-,77285
43	-1,05664	-,12752	-,36010
44	-,66536	-1,25896	-,39870
45	-1,47999	1,43392	1,08871
46	1,23934	,97319	,63438
47	-,25535	,95060	,19286
48	,62012	1,02066	,50063
49	,70844	-,78147	-,64283
50	1,16726	-,08758	,21667
51	-2,27355	-1,92054	-,83055
52	-1,29112	-,62119	-,59641
53	,20699	-,36134	-,20047
54	-,06645	,17326	,49018
55	-,37096	,70050	,34727
56	-1,14943	-,64188	-,77572
57	-,04537	1,13364	1,55160
58	-1,16908	-,80918	-1,32581
59	-,15482	-,64023	-,70898
60	,23858	-,19918	,62037
61	-,16340	-,74676	-,37576
62	,94908	,52413	,65298
63	-,07901	,31439	2,22368
64	,41809	,06921	1,58486
65	,69304	,53598	1,14872
66	-1,73604	,62985	1,29415
67	1,42678	-1,39007	-1,42185
68	,35657	,43027	-,89175
69	-,06114	1,34735	1,09036
70	-,90531	-,37253	-,54741
71	-,17112	-,52310	,64178
72	,30807	1,08468	,88716
73	,59346	1,14001	,39907
74	,28830	,77290	,10718
75	,61457	,85868	1,32254
76	,06024	,65551	,41935
77	-1,84987	-1,70132	,49269
78	-,28639	-,27528	-,61207
79	,87725	,50171	1,13030
80	-,80519	1,28226	-,58252
81	,78554	,14843	1,65299
82	1,11747	-,38455	-,67905
83	-,45238	-,36768	,21785

84	,45423	-,18386	,58394
85	-1,60051	1,49413	,31498
86	,50184	1,21476	,41150
87	-1,05824	-1,24342	-1,20718
88	,49379	1,08712	,53534
89	-1,73626	-,35720	-,17751
90	1,71085	-1,86715	-1,59223
91	1,08422	-,95805	-2,46449
92	1,05541	,13598	-1,40800
93	1,57069	-,94522	-,47895
94	-,05962	-,36184	,47612
95	-,02032	1,06012	,13807
96	,37324	,70277	,94032
97	,42666	,32845	-,27737
98	1,27785	-,39103	-1,43432
99	,01474	,66477	,33156
100	1,47087	-,57594	-,37988

Anexo F- Protótipos e Dimensões Parciais Pole, Ablon, O' Connor (2008)

PQS		CBT	PDT	CMT
Item #	Item Content	Factor Score	Factor Score	Factor Score
1 ^d	P verbalizes negative feelings toward T	-.69	.68	-.42
2 ^c	T draws attention to P's non-verbal behavior	-.20	.63	-1.90 ^b
3 ^c	T remarks are aimed at facilitating P speech	.39	.92	1.05
4 ^e	P treatment goals are discussed	1.51 ^a	.27	.65
5 ^d	P has difficulty understanding T	-2.04 ^b	-.20	-1.27
6 ^c	T is sensitive to the P feelings, attuned, empathic	.95	1.46 ^a	1.12
7 ^d	P is anxious or tense	-.68	-.13	-2.04 ^b
8 ^d	P is concerned about dependence on T	-.84	.29	-.70
9 ^c	T is distant/alooof	-1.42 ^b	-1.60	-1.90 ^b
10 ^d	P seeks greater intimacy with T	-.67	.39	.22
11 ^e	Sexual feelings and experiences are discussed	-.40	1.12	.20
12 ^e	Silences occur during the hour	-1.36	.23	-.95
13 ^d	P is animated or excited	.31	.31	1.13
14 ^d	P does not feel understood by T	-1.95 ^b	-.34	-.98
15 ^d	P does not initiate topics; is passive	-1.43 ^b	-1.40	-1.18
16 ^e	Discussion focuses on body functions, physical symptoms, and/or health	.26	-.15	-1.13
17 ^c	T actively exerts control over interaction	1.45 ^a	-2.34 ^b	-.83
18 ^c	T conveys non-judgmental acceptance	.97	1.38 ^a	1.03
19 ^e	The therapy relationship has an erotic quality	-1.51 ^b	.48	-.11
20 ^d	P is provocative, tests limits of therapy relationship	-.78	.16	1.55 ^a
21 ^c	T self-discloses	.56	-1.86 ^b	.92
22 ^c	T focuses on guilt	-.06	.87	1.91 ^a

23 ^e	Dialogue has a specific focus	1.38 ^a	-1.09	.21
24 ^c	T emotional conflicts intrude into relationship	-1.70 ^b	-1.77 ^b	-1.93 ^b
25 ^d	P has difficulty beginning the hour	-1.06	-.27	-.08
26 ^d	P experiences discomforting affect	.64	.73	.09
27 ^c	T gives explicit advice and guidance	1.32 ^a	-1.95 ^b	1.00
28 ^c	T accurately perceives therapy process	1.05	.67	2.11 ^a
29 ^d	P talks of wanting to be separate or distant	-.65	.25	1.15
30 ^e	Discussion centers on cognitive themes	1.68 ^a	-.55	.90
31 ^c	T asks for more information or elaboration	1.37 ^a	.48	.30
32 ^d	P achieves a new understanding or insight	.86	1.32 ^a	.69
33 ^d	P talks of feeling close to or needing someone	-.04	.42	.41
34 ^d	P blames others or external forces for difficulties	-.48	-1.40	.42
35 ^d	P self-image is focus of discussion	.36	1.11	.88
36 ^c	T points out P use of defenses	-1.28	1.53 ^a	-.49
37 ^c	T behaves in a didactic manner	1.17	-2.16 ^b	-.83
38 ^e	There is discussion of homework	1.93 ^a	-1.52	-.58
39 ^e	The relationship has a competitive quality	-2.16 ^b	.12	-.37
40 ^c	T interpretations refer to actual people	.25	.52	.90
41 ^e	P aspirations/ambitions are discussed	.67	.48	1.32 ^a
42 ^d	P rejects T comments/observations	-.98	-.22	-.09
43 ^c	T suggests meaning of other's behavior	-.13	-1.06	1.41 ^a
44 ^d	P is wary or suspicious	-1.26	-.67	.11
45 ^c	T adopts supportive stance	1.43 ^a	-1.48	1.33 ^a
46 ^c	T communicates in clear coherent style	.97	1.24 ^a	1.61 ^a
47 ^c	T accommodates when the interaction is difficult	.95	-.26	.63
48 ^c	T encourages independence of action or opinion	1.02	.62	.27
49 ^d	P experiences ambivalent/conflicted feelings about T	-.78	.71	-.71

50 ^c	T points out P's unacceptable feelings	-.09	1.17	-2.17 ^b
51 ^c	T condescends to or patronizes P	-1.92 ^b	-2.27 ^b	-1.70 ^b
52 ^d	P relies upon T to solve his/her problems	-.62	-1.29	.64
53 ^d	P concerned about what T thinks of him/her	-.36	.21	-.75
54 ^d	P is clear and organized in self-expression	.17	-.07	.79
55 ^d	P conveys positive expectations about therapy	.70	-.37	-.41
56 ^d	P is distant from his/her feelings	-.64	-1.15	.07
57 ^c	T explains treatment rationale	1.13	-.05	-.24
58 ^d	P resists examining his/her thoughts, reactions, or motivations	-.81	-1.17	-.53
59 ^d	P feels inadequate or inferior	-.64	-.15	-1.07
60 ^d	P has a cathartic experience	-.20	.24	.66
61 ^d	P is shy or embarrassed	-.75	-.16	-1.16
62 ^c	T identifies recurrent theme	.52	.95	.43
63 ^e	P interpersonal relationships are major theme	.31	-.08	.21
64 ^e	Love or romantic relationships are discussed	.07	.42	.07
65 ^c	T clarifies, restates, rephrases P communication	.54	.69	-.09
66 ^c	T is directly reassuring	.63	-1.74 ^b	1.69 ^a
67 ^c	T interprets unconscious wishes, feelings, or ideas	-1.39	1.43 ^a	1.24
68 ^c	T actively distinguishes reality from fantasy	.43	.36	1.26 ^a
69 ^e	P current or recent life situation is emphasized	1.35 ^a	-.06	-.48
70 ^d	P struggles to control feelings/impulses	-.37	-.91	-.65
71 ^d	P is self-accusatory; expresses shame or guilt	-.52	-.17	.39
72 ^d	P understands the nature of therapy	1.08	.31	-.14
73 ^d	P is committed to the work of therapy	1.14	.59	-.29
74 ^e	Humor is used	.77	.29	.09
75 ^e	Termination of therapy discussed	.86	.61	-.74

76 ^c	T suggests P accept responsibility for his/her problems	.66	.06	-1.88 ^b
77 ^c	T is tactless	-1.70 ^b	-1.85 ^b	-1.36
78 ^d	P seeks T approval, affection, or sympathy	-.28	-.29	-.25
79 ^c	T comments on changes in P mood/affect	.50	.88	-1.48 ^b
80 ^c	T presents experience/event in different perspective	1.28	-.81	.56
81 ^c	T emphasizes P feelings to deepen them	.15	.79	-.69
82 ^c	T reformulates P's in session behavior	-.38	1.12	-.67
83 ^d	P is demanding	-.37	-.45	.08
84 ^d	P expresses angry or aggressive feelings	-.18	.45	-.76
85 ^c	T encourages P to try new ways of behaving with others	1.49 ^a	-1.60 ^b	.41
86 ^c	T is confident and self-assured	1.21	.50	1.10
87 ^d	P is controlling	-1.24	-1.06	.46
88 ^d	P brings up significant issues	1.09	.49	.65
89 ^c	T acts to strengthen defenses	-.36	-1.74 ^b	1.19
90 ^e	P dreams or fantasies are discussed	-1.87 ^b	1.71 ^a	1.45 ^a
91 ^e	Childhood memories are discussed	-.96	1.08	1.05
92 ^c	T links P's feelings/perceptions to the past	.14	1.06	.68
93 ^c	T is neutral	-.95	1.57 ^a	-1.59 ^b
94 ^d	P is sad or depressed	-.36	-.06	-.58
95 ^d	P feels helped	1.06	-.02	-.03
96 ^c	Scheduling or fees are discussed	.70	.37	-.92
97 ^d	P is introspective	.33	.43	.36
98 ^e	Therapy relationship is discussed	-.39	1.28 ^a	-.43
99 ^c	T challenges P perspective	.66	.01	-1.65 ^b
100 ^c	T interprets transference	-.58	1.47 ^a	.17

Nota PQS = Psychotherapy Process Q-set. CBT = Cognitive Behavioral Therapy. PDT = Psychodynamic Therapy. CMT = Control Mastery Therapy. T = Therapist P = Patient. ^aTen most characteristic items within the prototype. ^bTen least characteristic items within the prototype. ^cTherapist Behavior Item. ^dClient Behavior Item. ^eTherapist-Client Interaction Item.

Anexo G- Cotações PQS Paciente A

PQS Item	3 PA (2)	6 PA (3)	7 PA (5)	10 PA (9)	11 PA (6)	13 PA (7)	14 PA (10)	15 PA (4)	17 PA (8)	20PA (1)
1	3,5	3,5	2,5	5	3,5	3,5	1,5	2,5	2,5	4,5
2	4,5	3,5	6,5	5	4	4	3	4,5	3	4
3	6	6,5	6,5	5	6,5	5,5	6,5	5,5	5	5,5
4	5,5	5	3,5	4,5	4,5	5	4,5	5	3,5	5
5	5	2	3	2,5	2,5	2	3	2,5	1,5	4
6	7,5	7	7,5	7,5	8	8	8	7,5	7,5	7,5
7	4	7,5	4	6	3	5,5	6	4	3,5	3
8	1,5	2,5	2,5	3,5	3	5	2	1,5	1,5	1,5
9	1,5	1,5	1,5	1,5	1	1,5	2	1,5	1	1,5
10	4,5	4	5	5	4,5	5	4,5	4,5	4,5	3,5
11	5	7,5	5,5	5	5	4,5	7	5	4,5	7
12	1,5	5	3,5	6,5	2,5	5	5	4	4,5	4
13	4,5	5,5	7	6,5	5	4,5	6,5	3,5	3,5	4,5
14	3	3,5	2,5	4,5	2	2	2,5	2	2	1,5
15	1	1	1	1	1,5	1	1,5	1	1	1,5
16	4,5	4	6,5	5,5	7	8	4	7	6	6,5
17	4,5	4	5,5	5	7	5	5	6	6	6,5
18	6	7	7	5	6	5,5	5,5	5	5	5,5
19	4,5	5	7	5	4,5	4	4,5	4	4	4
20	5	4	3,5	5	4	4	5,5	4	5	5
21	5	6	5	5,5	4	5,5	5	4,5	4	4,5
22	8,5	4,5	8	3,5	6	4	4	4	7	3,5
23	4,5	7,5	5,5	4,5	4,5	6	7,5	5	4	5
24	3	3,5	3	4,5	3	2,5	3,5	4	3	3
25	2	1	1,5	1,5	1	1,5	1,5	1,5	1,5	2

26	8	5,5	2,5	3,5	6,5	9	3,5	8,5	8	7,5
27	4	6,5	3,5	7,5	5,5	6,5	4,5	6,5	4	4
28	6,5	6	6	5	6,5	6,5	6,5	5,5	6,5	6
29	6	3	6,5	5,5	4,5	5,5	5,5	6	6	6,5
30	5,5	5,5	4	4	5	6	6,5	5	6	4,5
31	7	7	7,5	8,5	9	9	9	8	8,5	9
32	7,5	3,5	2,5	2,5	5,5	4	5	3,5	6,5	6,5
33	9	7	6,5	6	6,5	7,5	7	8	5,5	9
34	3	5	5,5	5,5	4,5	2,5	6,5	1,5	5	3,5
35	8,5	6	7,5	8	8,5	7,5	7	8,5	7	8
36	4	4,5	5,5	2,5	4	3,5	2,5	3,5	6	4
37	3	3	3	3,5	3,5	4	4	5	3,5	5
38	3,5	5	3,5	3,5	4,5	4	4,5	4	4	4
39	4	4	4	4,5	3,5	2,5	5,5	3	4	3
40	4	7,5	8	7	8	7	7	4,5	8	5,5
41	5	4	4	5	5	7	4,5	6	4	5,5
42	6,5	5	7	7	5,5	3	6	4	7	2,5
43	2,5	9	8	6,5	7,5	4,5	7,5	7,5	7	5,5
44	2	1,5	1	2	1	2	1,5	1	1,5	2
45	3,5	6,5	5,5	6,5	5,5	4	5	7,5	4	5,5
46	5	7,5	7	6,5	5	5	7	6	7	6
47	5,5	6	5,5	6	4,5	5	4,5	5,5	4	5
48	4,5	4,5	5,5	4,5	4,5	4,5	5	5,5	4,5	4,5
49	2	3,5	2,5	3,5	4,5	3	2	3	5	4
50	5	4	5	3	5	4,5	3,5	5	6,5	3,5
51	2,5	2	3	4	3	2,5	3,5	4,5	3	3
52	5,5	5	7,5	5	5,5	5,5	6	8,5	7	7
53	4,5	4,5	3	2,5	4	4	4	2,5	3	3,5

54	7,5	8,5	6,5	8,5	8	7	8,5	7,5	7	7,5
55	6	5	5	5	5	3	6	7,5	2	3,5
56	1,5	2	2,5	1,5	2	1	1,5	2	2,5	1,5
57	5	4,5	6	6	5	5,5	6	4,5	4,5	4,5
58	3	2,5	4	2,5	2	2,5	3	1,5	2,5	2
59	3,5	5	3,5	1,5	7,5	8,5	2	4	7	6,5
60	5	6	4	6	4,5	4,5	5	4,5	3,5	4
61	6	1,5	2,5	1,5	2	4,5	2	3,5	2,5	3
62	8	3,5	7	7	7,5	8	7,5	6,5	8,5	7,5
63	7	9	9	9	9	8	7,5	7,5	8,5	8,5
64	9	8	9	9	8	7	9	7	7	9
65	6	7	6,5	7,5	8	7,5	6	5,5	6	6
66	4	7	6	5,5	5,5	5	4,5	7	5	5
67	8	6	7,5	7	6,5	7	5,5	5	7	6
68	4	6	4,5	4,5	4	3,5	3,5	4	4	4
69	6,5	8	5	8	7,5	7,5	9	8	7	7
70	3,5	3	3,5	4	2,5	2	1,5	5	6,5	3,5
71	7,5	4,5	4	4,5	7	6,5	2,5	8,5	6	7
72	6	7,5	6	6	6	5,5	7,5	6	5	7,5
73	7	5,5	5	4,5	5,5	4,5	7	6	5	4
74	4,5	7	6,5	8	5,5	5	5,5	4,5	5	5,5
75	4	5	4	4	4	4	4,5	4	4	4,5
76	3,5	4	3,5	4,5	3	4,5	5	3,5	4,5	3,5
77	1,5	1,5	1,5	1	1	1	2	2	1,5	1
78	5,5	4	4,5	2,5	4	5	4,5	4	4,5	4
79	4,5	4	4,5	4,5	4	2,5	4	3,5	3,5	4
80	5	4,5	5,5	6	6,5	5,5	5	5,5	6	6,5
81	5	6	5,5	5	6	5,5	3	3	6	3,5

82	5	4	4,5	3,5	3,5	4	4	4,5	3,5	4,5
83	3	5	4,5	5	3,5	4,5	2,5	3,5	5,5	4,5
84	6	7,5	5,5	9	6,5	6	7,5	7,5	8	5
85	3	7	3,5	6	5	5	5,5	4,5	4	4,5
86	5,5	5,5	5,5	5	4,5	5	6	5	6	6
87	7	7	6,5	7,5	6,5	6	8	6	6	5
88	7,5	6,5	7	6,5	6,5	6,5	6,5	7,5	7	7
89	2	6	5	6,5	4	6	4,5	5,5	4	6,5
90	3,5	4,5	6	4,5	7,5	4,5	4,5	4	4,5	7
91	8,5	7	8,5	7	8,5	7	5	7	8,5	9
92	8,5	6	8,5	6,5	9	8,5	6,5	7	9	8
93	5	2,5	3,5	2	2,5	4	3	3	3,5	3
94	6	4,5	1	4	8	9	4	9	8,5	8
95	6,5	4,5	5	5	4,5	2,5	6	6	4	2,5
96	7	4,5	4,5	4	4,5	7	6	4,5	4	6,5
97	6,5	4,5	6,5	6	6,5	6	7	7,5	6,5	7
98	7	4	5,5	4	4	6	6,5	6,5	7	7
99	5,5	5	7	6,5	4,5	6,5	7,5	7,5	5,5	5
100	6	4,5	4,5	4	4	7	7	6	6,5	6,5
FIA	0,70	0,56	0,69	0,64	0,77	0,72	0,74	0,75	0,74	0,71

Nota: Os valores apresentados correspondem ao score compósito entre os dois avaliadores. As sessões estão identificadas conforme foram randomizadas e cotadas. PA= paciente A. FIA= fiabilidade interavaliadores para cada sessão. (n) Corresponde à ordem real da sessão ao longo da terapia, depois de consultada a chave.

Anexo H- Cotações PQS Paciente B

PQS Item	02 PB (5)	03 PB (2)	07 PB (6)	09 PB (7)	13 PB (8)	15 PB (3)	18 PB (4)	20 PB (1)
1	5	4	4	5	2,5	3,5	4	3,5
2	4	5	4,5	4	4,5	4	4,5	4,5
3	7,5	7	8	7	7	6	7,5	7
4	5	5,5	4	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
5	2,5	1,5	1,5	2	2,5	2,5	3	2
6	8	8,5	8,5	8,5	8,5	8	8,5	5
7	5	1,5	5	3,5	5,5	5	2,5	3
8	3	3	3,5	3,5	1,5	3	3,5	3,5
9	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2,5
10	5	4,5	4,5	4,5	5	5	5	5,5
11	5	4,5	4,5	4,5	5	5	5	5,5
12	3,5	1,5	1,5	1,5	4,5	2	4,5	2
13	7	8	4,5	6	3	6	7	6,5
14	2	2,5	2,5	2,5	2	1,5	3	2
15	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5
16	6,5	6	6	7	7,5	7	6,5	5
17	4,5	3,5	3	4	4,5	6,5	7	6,5
18	6	6	6,5	5,5	6	5,5	6,5	7
19	5	4	4,5	4	5	5	4,5	4,5
20	3	3,5	3,5	3,5	3,5	3	2,5	3,5
21	4	4	4,5	6,5	5,5	7	5,5	5,5
22	9	4,5	4,5	4	4,5	3	2,5	2,5
23	7,5	4,5	4,5	7,5	8,5	8	6	7,5
24	4	3,5	4	4	3,5	3	4	3,5

25	2	2	2	1,5	1	2	2	2
26	6,5	7	7,5	8,5	9	5	3,5	7,5
27	6	6	3,5	6,5	8,5	5	5,5	5
28	7	6	7	7,5	7	6,5	7	7,5
29	4	7	5,5	6,5	5	6,5	6,5	3
30	4,5	6	6,5	6	5	4,5	4,5	5
31	8	7	7,5	7	8	7	9	8
32	3	3,5	3	3,5	4	5,5	5,5	5,5
33	7	7,5	7,5	7,5	9	6,5	6	8,5
34	4,5	5	7	3,5	3,5	5,5	4,5	2
35	7	7	7,5	6,5	6,5	6,5	8,5	8
36	4	4,5	3,5	4,5	4	4	3,5	3,5
37	4	6,5	4,5	5	6	4,5	5	4,5
38	4	4,5	4	5	5,5	4,5	4,5	5
39	2	2,5	1,5	2,5	2,5	2,5	1	2
40	7	6,5	7	7	5,5	7,5	8,5	7,5
41	8,5	7,5	7,5	8	8	5	7,5	5
42	1	1,5	1,5	2	1,5	1	2	1
43	8	7	6	7	6	7,5	8	5,5
44	1,5	2	1	1,5	1,5	1	1,5	1,5
45	6	6,5	6	6	5	8	6,5	7,5
46	8	7	7,5	7,5	6,5	7,5	7	7,5
47	4,5	6	6	6,5	6,5	5,5	6,5	6,5
48	3,5	7	5	4	6,5	6,5	5	5,5
49	2	3,5	3,5	3,5	2,5	3	2,5	3
50	4	6,5	4,5	4	5	5,5	3	4,5
51	2,5	5	4,5	4,5	4	4	4	4
52	7,5	3,5	6	3	5	3	4	3,5

53	4	4	3	4,5	4	4	3	3,5
54	4	7	7,5	8	6,5	6,5	7,5	8
55	5	5,5	5	5	5	5,5	5,5	5,5
56	4,5	3,5	2,5	3	2	3	2,5	3
57	5	6,5	5	5	5	5	6	4,5
58	6	4,5	3	3,5	3,5	3	3,5	1
59	3	1,5	3	2,5	6,5	2,5	2	5
60	3	4,5	4,5	4	4	4	4	4
61	2,5	2,5	2,5	2,5	3	3	2	3
62	5	4,5	5	6	5	8	4,5	6
63	8,5	9	8,5	9	8	9	9	9
64	7	8,5	8,5	6,5	7	5,5	7	8
65	7,5	6,5	8	7	6,5	7	8	7
66	5,5	6	6,5	5,5	5	5	6,5	6
67	4	5	4,5	5,5	4,5	8,5	7	7
68	4,5	4,5	5	4,5	4,5	5	4,5	4,5
69	9	8,5	9	9	9	9	8,5	5
70	4,5	3	2,5	4,5	5	3,5	4,5	6
71	9	3,5	6	4,5	4,5	5,5	4	6,5
72	6	4,5	6,5	5,5	5,5	5,5	6	6
73	5	3,5	5	3,5	4	2,5	5,5	5
74	5	6	3,5	7	4,5	5	4,5	5,5
75	4,5	4,5	5	4	4,5	5	5	5
76	5,5	4,5	4	4	5	3,5	3,5	3,5
77	2	2	2	1	1,5	1,5	2	2
78	4,5	5	6	5	5	4,5	4,5	4,5
79	3,5	5	4,5	3,5	4	4	4,5	4,5
80	5	4	5	4,5	3,5	6	6	5

81	6,5	4,5	6,5	5,5	5,5	4,5	6	4,5
82	4,5	4,5	4,5	5	4,5	7,5	6	4,5
83	4	4,5	4	4	4	4	4	4
84	4,5	5,5	7	3	5	4	2	4
85	6	6,5	4,5	7,5	6	4,5	5	4,5
86	7	6,5	7	7	6	7,5	7	6,5
87	7	7	7,5	6,5	6,5	7,5	7,5	6,5
88	5	5	7	8	7	7	7,5	8
89	6	7,5	6	6	6,5	6	7	7
90	4,5	4,5	4,5	4	4	4,5	4,5	4,5
91	4	5,5	4,5	4,5	3,5	4,5	4	9
92	3,5	7	6	5	4,5	6	6,5	7,5
93	3	3,5	3,5	2,5	2,5	2,5	3,5	3,5
94	6,5	3	7,5	8	8,5	3	2,5	4,5
95	5	7	5,5	5	5	7	6,5	6
96	5	8	5	5,5	6,5	5,5	4,5	5
97	6	6	7,5	7,5	7	6,5	7	8,5
98	4,5	7	5	6,5	7	7,5	4,5	5
99	8	3,5	7,5	4,5	4,5	4,5	6	5
100	5	5,5	4,5	5	5	8,5	4,5	5
FIA	0,67	0,63	0,70	0,69	0,66	0,75	0,76	0,69

Nota: Os valores apresentados correspondem ao score compósito entre os dois avaliadores. As sessões estão identificadas conforme foram randomizadas e cotadas. PB= paciente B. FIA= fiabilidade interavaliadores para cada sessão. (n) Corresponde à ordem real da sessão ao longo da terapia, depois de consultada a chave.