



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

TESE DE DOUTORADO

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

Pricilla Braga Laskoski

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

Porto Alegre, dezembro de 2017



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

TESE DE DOUTORADO

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

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

Pricilla Braga Laskoski

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientadora: Profa. Dra. Fernanda Barcellos
Serralta

Porto Alegre, dezembro de 2017

CIP - Catalogação na Publicação

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

171 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.

Coorientadora: Fernanda Barcellos Serralta.

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

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

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

Para minha filha, Lavínia,

meu marido, Vinicius,

e minha mãe, Ecelda.

Os ingredientes mais ativos e determinantes no meu processo.

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

The unending gift

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

Jorge Luis Borges

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

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

SUMÁRIO

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

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

LISTA DE ABREVIATURAS

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

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breve histórico

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

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

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

1.2. Pesquisa em psicoterapia

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

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

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

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

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

1.3. Cenário atual da pesquisa em psicoterapia

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

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

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

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

1.3.1. Fatores comuns *versus* Fatores específicos

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

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

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

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

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

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

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

1.4. Estudo de caso único

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

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

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

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

1.5. *Psychotherapy Process Q-Set*

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

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

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

1.6. Psicoterapia e Transtornos da Personalidade

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

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

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

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

1.7. Pacientes somáticos

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

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

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

1.8. Perspectivas futuras

1.8.1. Psicoterapia e os manuais diagnósticos

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

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

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

1.8.2. Busca por novas metodologias

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

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

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

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

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

1.9. O presente estudo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.10. Justificativa

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

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

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

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

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

2.2. Objetivos Específicos

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

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento

Trata-se de um estudo de caso sistemático.

3.2. Campo

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

3.3. Participantes

1 dupla paciente - terapeuta

3.4. Critérios de Inclusão

Terapeuta

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

Paciente

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

Será considerada a frequência mínima de uma sessão semanal.

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

3.5. Critérios de Exclusão

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

3.6. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

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

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

3.7. Procedimentos

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

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

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

3.8. Análise dos Dados

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

As análises específicas estão descritas em cada um dos artigos.

3.9. Aspectos Éticos

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

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

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

4. RESULTADOS

4.1. Artigo 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

Introduction

Both the etiology and the maintenance of health and disease are influenced by biological, psychological and social factors. Especially in relation to chronic diseases, psychosocial factors play an important role in their development and progression (Ridder et al. 2008). The importance of psychosomatic syndromes as comorbidity of chronic diseases is particularly notable since they can negatively affect the healing process and prolong recovery time.

Emotional issues with an unconscious background have long been considered important factors associated with a wide range of physical illnesses and psychosomatic disorders. One of the main focuses of intervention in psychodynamic psychotherapies is precisely on the affect and expression of emotions, i.e. helping the patient describe and put words to his/her feelings (Shedler 2010). Consequently, another main focus is the

unconscious process through which the intersection between body and mind occurs, that is, how emotions can be translated into somatic symptoms. The deep connection between body and mind has long been acknowledged: we already know that mental health can have an effect on illness and disease, just as illness may affect mental health. In the clinical context of psychosomatic medicine, this link has always been recognised.

It is well-established in previous literature that personality impacts disease progression, longevity, health, health behaviours and the subjective perceptions of health. The presence of features of many personality disorders, even at levels below the official cut-off for diagnosis, is associated with negative outcomes. These include worse physical functioning, greater healthcare utilisation and greater medication use at follow-up, even when the baseline levels of functioning, the presence of illness and depression are controlled (Gleason, Weinstein, Balsis & Oltmanns 2014).

Therefore, this paper aimed to present the outcomes of a psychodynamic psychotherapy with a patient suffering from somatic symptom disorder and chronic diseases in a naturalistic setting. We also intended to present and discuss the symptomatic and structural changes of the patient in order to provide a reflection on the possibilities and limitations of psychodynamic psychotherapy in patients with these characteristics. Lastly, we propose to consider different viewpoints to evaluate the treatment, offering a triangulation of such perspectives to enrich the understanding of the case idiosyncrasies.

Methods

Participants

Client. Doris¹ was 67 years old when her treatment began. She is Caucasian, divorced since she was around 40 years old, has three children and is a housewife. As a patient, she was

¹Names and details have been changed to protect patient privacy.

being treated in a clinical outpatient setting. She sought therapy due to her chronic health problems (Lupus, fibromyalgia and hypertension) and considerable psychological distress due to the physical limitations associated with such diseases. Doris described her mother as tyrannical, controlling, self-centred and demanding. The patient's mother died during the period Doris was in psychotherapy. Doris's father is described as absent. He died many years ago, shortly after Doris divorced her husband. An important piece of information is that early on in her treatment, her youngest daughter (who was closer to her) had just moved abroad to study for two years. She is a health professional and motivated Doris to receive psychotherapy and referred her to a psychotherapist.

Initial Therapist Formulation. The patient suffered from somatic symptom disorder. Dependent personality traits were evidenced in abusive relationships she had established with her relatives (mother, brother and husband). Doris showed great difficulty in recognising and dealing with the aggressive aspects of her personality, leading the patient to feel continually vulnerable and victimised by circumstances. The patient was motivated, punctual, brought relevant material and showed concrete and operative functioning. The patient established an initial dependent bond.

Initial DSM-V Clinical Diagnosis

Somatic symptom disorder and Cluster C personality traits considering DSM-5 classification / Somatoform disorders (F45) and traits of personality disorders (F60.5; F60.6 and F60.7) considering ICD-10 categories.

Therapist. The psychotherapist was a female clinical psychologist with 10 years of experience and psychoanalytic psychotherapy training. She described her orientation as psychoanalytic.

Treatment. Before Doris was referred to the therapist, an interview was conducted, after the client signed a consent form for participating in the study. She was treated using once-a-week individual non-manualised psychodynamic therapy. The therapist planned the treatment to guide insight and increase reflexive ability. The setting of the treatment was an outpatient clinic that forms psychotherapists from a background of Freudian psychoanalysis and its followers in a city within a Latin American country. After 28 months (113 sessions), as her therapist transferred to a new city, Doris was referred to a new therapist recommended by the previous one. In less than two months (7 sessions) with the new therapist, Doris decided to conclude her therapy. The whole treatment lasted 30 months, reaching 120 weekly sessions of 50 minutes each.

Measures

Outcome Questionnaire (OQ-45) (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar 1996). The OQ-45 is a self-reporting tool comprising 45 items grouped into three scales, namely Symptom Distress (SD — 25 items), Interpersonal Relations (IR — 11 items) and Social Role (SR — 9 items) which add up to provide a total score (OQ Total Score). The responses are given using a Likert-type five-point scale ranging from ‘never’ (zero points) to ‘almost always’ (four points). The progress of the patient undergoing psychotherapy is evaluated through these three aspects of their lives. The possible total score can range from 0 to 180 points. A high score suggests that the client is admitting to a large number of *symptoms* of distress (mainly anxiety, depression, somatic problems and stress) as well as difficulties in *interpersonal relationships*, *social roles* (such as work or school) and in their general *quality of life*. The higher the score, the more disturbed the client is. Scores of 63 or more indicate symptoms of clinical significance (dysfunctionality/functionality). The OQ speaks to recovery (a score in the range of community norms), to clinically reliable change

and to deterioration, the latter being defined as a 14 or greater point increase in the total score. The OQ has also been normalised for age ranges from 18 to 80, with no correlations found between the test score and the age (Lambert, Gregersen, & Burlingame 2004). The OQ-45 has been translated and adapted to the context of Brazilian culture on the basis of the original and the Portuguese versions (Carvalho & Rocha 2009). The OQ-45 has shown itself to be a suitable measurement tool in the Brazilian population (Silva, Alves, Peixoto, Rocha & Nakano 2016).

The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200). The SWAP-200 Q-Sort is a clinically derived, empirically based diagnostic measure that has been shown to have excellent retest reliability as well as good interrater, discriminant and convergent validities across a range of external criteria. The therapist or an external judge use the SWAP-200 to describe a patient after completing the therapeutic assessment and the first six therapy sessions (approximately 5–6 contact hours). To complete the SWAP-200, the rater arranges a set of 200 personality descriptions into eight different categories ranging from 0 ('irrelevant or inapplicable to the patient') to 7 ('highly descriptive of the patient'). The Q-Sort has a fixed distribution that mitigates measurement error. Correlation coefficients are then calculated to assess the match between the characteristics of a particular patient and the empirically derived, aggregate descriptions. These descriptions provide three complementary measures, including the DSM-5 Personality Disorder Score Profile, SWAP Personality Syndromes and the SWAP Trait Dimensions Profile. As a general interpretive guideline, SWAP-200 scores of $T = 55$ (70th percentile) and higher can be considered clinically elevated. The DSM-5 Personality Disorder Score Profile shows the level of similarity or match between the patient and the diagnostic 'prototypes' reflecting expert clinical consensus about the core features of each DSM-5 personality disorder. Higher scores indicate greater severity. The higher the

score, the more likely the patient is to be given a personality disorder diagnosis by a consensus of expert clinicians. As a general interpretive guideline, T-scores > 60 warrant a categorical DSM-5 personality disorder diagnosis while T-scores > 55 warrant a diagnosis of traits or features of the disorder. The SWAP Personality Syndrome profile shows the level of similarity or match between the patient and an alternative set of empirically identified personality syndromes. The SWAP personality syndromes are more clinically informative than DSM diagnostic categories and more faithfully capture the personality patterns and syndromes seen in practice. Scores indicate the degree of resemblance or ‘match’ between the patient and the diagnostic prototypes representing each SWAP personality syndrome in its ‘ideal’ or pure form. Diagnosis is dimensional, with higher scores indicating greater severity. The SWAP Trait Dimension Profile shows scores for 12 personality factors or trait dimensions derived via factor analysis of the SWAP-200 item set. Scores assess the patient on each trait dimension relative to the norms established in the clinical reference sample. Several studies support the reliability and validity of the SWAP-200 in the diagnosis of personality disorders (Shedler & Westen 2007).

Procedures

All sessions as well as the follow-up interview were videotaped with both the patient and the therapist’s consent. The three-month follow-up was conducted by the same therapist who carried out the intake interview with the patient. The interviewer followed the points previously suggested by the research team within three thematic axes, namely evaluation of treatment results; evaluation of treatment process and participation in the study. The patient filled out the OQ-45 during the first session, every month or after every fourth session and finally at follow-up. The SWAP-200 was used at the beginning and at treatment termination. This case is part of a larger project that compiles systematic case studies of patients with

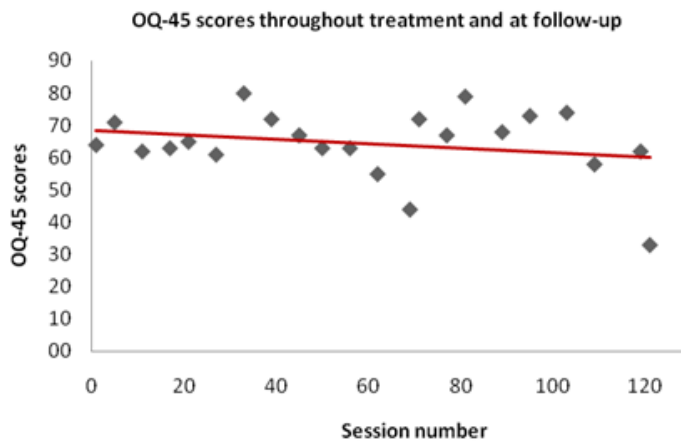
personality disorders. The current case had been chosen for convenience given that it involved a patient with more advanced age (in relation to the others) and somatic symptoms.

External judges. Evaluation with SWAP-200 was performed by an independently external judge trained according to the instrument's orientation. An initial evaluation and a final evaluation were carried out by different judges. Both were experienced psychologists, specialists in psychodynamic psychotherapy, with around 12 years of private practice. Each of them watched six videotaped sessions of their respective period (initial or final) and then completed the SWAP-200. They did not have any previous information about the patient or the treatment.

Results

Figure 1 demonstrates the behaviour of the OQ-45 scores throughout the treatment and the follow-up period. Scores above 63 indicate symptoms of clinical significance. Although Doris's scores varied considerably throughout treatment, a significant decrease was seen overall. This suggests an improvement, configuring a change from dysfunction to functionality when comparing evaluations at the beginning and at follow-up (signaled by the rightmost point). In addition the line we can see in the chart is the best-fit trend line that shows that there is a decreasing of the scores over time. It is important to note that one of the questionnaires (OQ-45) came with patient notes referring to having had difficult days due to a Lupus crisis. It refers to measurement 33 shown in the graph (a big peak).

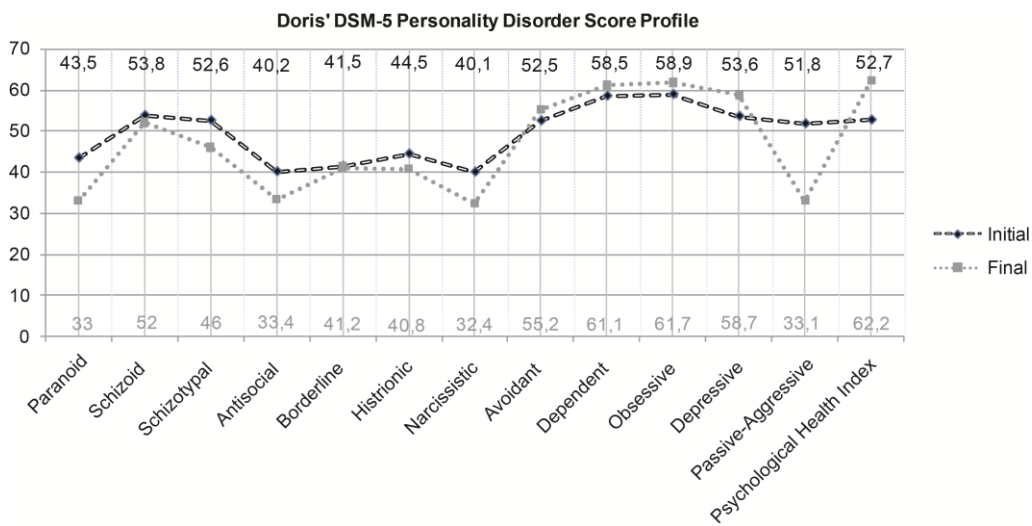
Figure 1



SWAP-200 Assessment

Concerning personality assessment, Figure 2 shows patient DSM-5 Personality Disorder Score Profile before and after treatment, respectively.

Figure 2

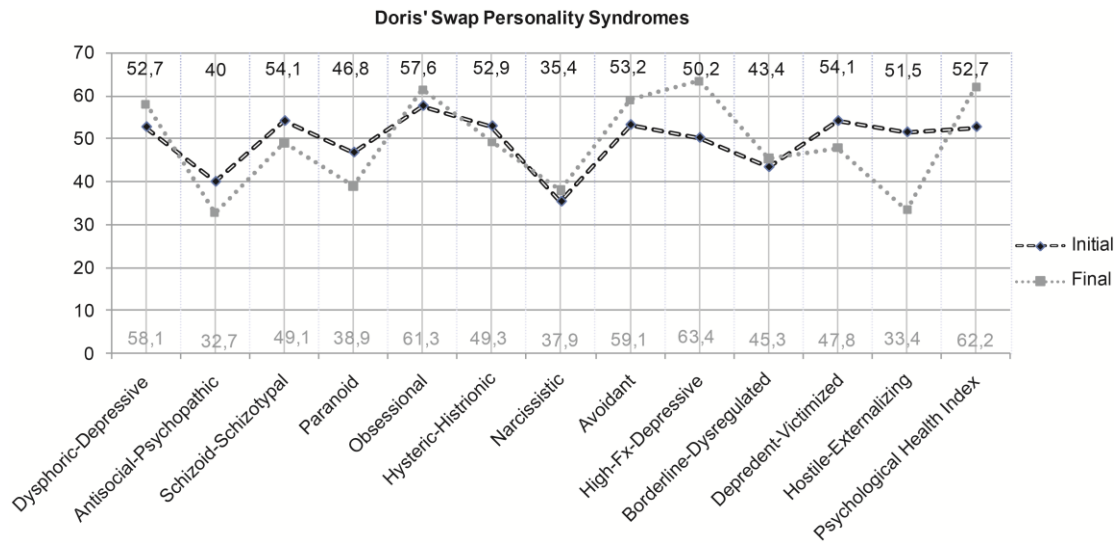


At baseline, this patient would likely be given the following personality disorder diagnoses by a consensus of knowledgeable clinicians: Obsessive (T = 58.9) and Dependent Features (T = 58.5). According to the SWAP report, after the treatment, the patient would likely be given the following personality disorder diagnoses: Obsessive personality disorder (T = 61.7), Dependent personality disorder (T = 61.1), Depressive Features* (T = 58.7) and

Avoidant Features ($T = 55.2$). The SWAP report points out that depressive personality disorder is not a disorder included in DSM-5. It was included in the appendix of DSM-IV as a diagnosis warranting further study, and is included in SWAP's report due to strong evidence for its prevalence and clinical utility. The patient also experienced an important change regarding the Psychological Health Index. This index provides a global measure of overall personality health versus dysfunction. Higher scores ($T > 50$) indicate greater psychological resources and capacities (e.g. ego strength); lower scores ($T < 50$) indicate more severe personality dysfunction. Please, note that this subscale has an inverse orientation comparing to the others (increase in score means improvement in this domain). At baseline, the patient had a Psychological Health Index score of $T = 52.7$. This indicates an average level of overall personality functioning relative to a clinical sample, with a fairly typical mix of personality strengths and deficits. After the treatment, the Psychological Health Index score showed an improvement of almost 10 points, reaching $T = 62.2$. This indicates a high level of overall functioning (at least one standard deviation above the mean). Individuals in this score range possess substantial ego strengths and interpersonal resources and capacities that are evident across multiple domains of life.

Figure 3 indicates the patient's Personality Syndrome profile score before and after treatment, respectively.

Figure 3



At baseline, this patient had clinically elevated scores for Obsessional Personality Features ($T = 57.6$). Obsessional patients generally fall towards the healthier end of the personality health-pathology spectrum, and the psychological characteristics described in the diagnostic prototype are often (but not invariably) accompanied by significant ego strengths. Obsessional personality may not reach the severity of pathology or the level of dysfunction typically associated with a personality ‘disorder’ diagnosis, and may be better conceptualised as a personality ‘pattern’ or style’. Patients who match this prototype tend to see themselves as logical and rational, uninfluenced by emotion. Such individuals prefer to operate as if emotions were irrelevant or inconsequential and tend to think in abstract and intellectualised terms, even in matters of personal import. They also appear to have a limited or constricted range of emotions and to have difficulty acknowledging or expressing anger. They tend to deny or disavow their own need for caring, comfort and closeness, or consider such needs unacceptable. They may adhere rigidly to daily routines and become anxious or uncomfortable when these routines are altered.

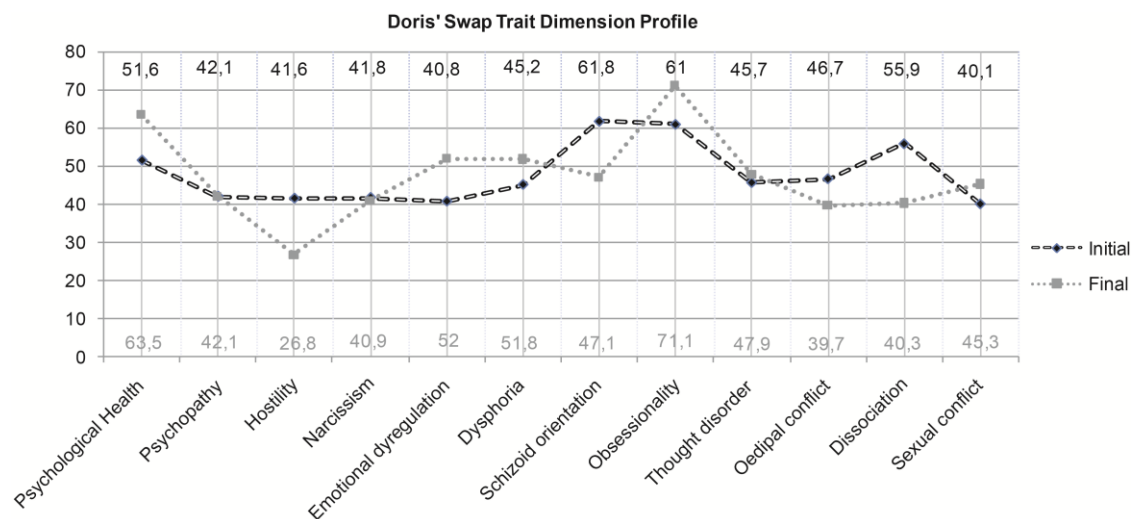
After her treatment, this patient showed clinically elevated scores for the SWAP personality syndromes. Obsessional Personality ($T = 61.3$) remained and two others—High-Functioning Depressive Personality ($T = 63.4$), and Avoidant Personality Features ($T =$

59.1)—came up. Each syndrome is described in detail below. High-Functioning Depressive Personality is a distinct personality syndrome observable in a large percentage of patients treated in clinical practice. Patients who match this prototype possess many personality strengths and capacities in combination with dysphoric, self-denigrating personality dynamics. This syndrome is a clinically important subtype of the dysphoric or depressive personality disorder.

Patients who match the Avoidant Personality Features prototype attempt to manage chronic dysphoric affect through avoidance and withdrawal. Individuals who match this prototype tend to be inhibited or constricted, having difficulty allowing themselves to acknowledge or express their wishes and impulses.

Figure 4 shows the patient's SWAP Trait Dimensions Profile score before and after treatment, respectively.

Figure 4



At baseline, this patient showed high scores for two SWAP personality trait dimensions: Schizoid orientation ($T = 61.8$) and Obsessionality ($T = 61$). Moreover, the patient had a moderately high score for another SWAP personality trait dimension: Dissociation ($T = 55.9$). The Schizoid Orientation scale assesses a pervasive impoverishment

in both relationships and mental condition. Individuals who score high on this trait lack close relationships, may appear indifferent to human company or contact, think in overly concrete and literal ways (e.g. they may have a limited understanding of metaphor, analogy or nuance) and have a limited or constricted range of affect. There are marked interpersonal deficits and indicate a significantly impoverished inner life. The obsessiveness scale assesses characteristics associated with the historical concept of obsessional neurotic style. Elevated scores on the Dissociation scale indicate disconnected thoughts, feelings and memories, incongruities between words and affect, a tendency to repress or distort distressing events, and (in severe cases) a tendency to enter altered, dissociated states.

After treatment, the patient showed elevated scores for two SWAP personality trait dimensions: Obsessiveness (T = 71.1) and Psychological Health (T = 63.5). This Psychological Health dimension measures the positive presence of psychological resources and capacities. It encompasses the capacity to love, to form meaningful connections with others, to use one's talents and abilities effectively and creatively, to pursue long-term goals, to empathise with others' needs and feelings and to hear and make constructive use of emotionally challenging information. The patient is well above average with respect to healthy psychological resources and capacities.

Clinical Assessment

At termination, the therapist provided her evaluation of the patient and the treatment. According to the therapist, Doris quickly adhered to the treatment and bonded in an adhesive way to the therapist, evidencing a transference pattern of extreme dependence. Initially, this dependency was 'veiled', not conscious, but gradually it was able to be approached, accepted by her and worked through during the sessions. However, moments of separation always caused deep reactions in Doris, even when worked out long in advance (holidays, extended

weekends). In such situations, the patient routinely became physically ill or was absent during the first session after return. This demonstrated how difficult it was for the client to recognise, feel and tolerate the absence of the therapist while feeling anger at the therapist's lack. The client's strong feelings then had to be discharged via bodily motions or acting. Sometimes, Doris could express more directly aggressive aspects (such as complaining or quarrelling with the therapist), and the therapist considered these moments as the most significant features of her treatment. A personality like Doris becoming able to demonstrate aggressiveness without much fear (though it occurred in a subtle and controlled way) seemed to be the most significant gain of the patient. This is because Doris experienced reflexes in her life in general and especially in abusive relationships, where she began to be able to impose herself. After two years of treatment, for personal reasons, the therapist had to move to another city and referred the patient to a new therapist. Such separation, this time in a definitive character, provoked many reactions in Doris (which the therapist stated were already expected) as well as moments of great regression. Even so, the therapist considered that Doris had made considerable progress and gains from her psychotherapy, achieving a better quality of life, suffering less from the restrictions imposed by her physical illnesses and not discharging all her aggressiveness into herself, resulting in her body facing less self-attack.

Follow-up Interview

Doris, when prompted, agreed to return to the clinic to be interviewed and filled out the instruments one more time. Below, we highlight some extracts from the interview:

Reason For Seeking and Treatment Results

P: I came here at a very difficult time, I think the worst or one of the worst of my life... my mother was ill in the hospital, I am autoimmune, I could not go into the hospital. All my life I was the one who took care of her, so that was massacring me. Hence, through these worries,

of this stress, the lupus attacked me very strongly. There was a time when I had to be taken care of in the room upstairs because I could not walk; I was dragged out of the taxi... So, how do I say, I could not stand these pains, I did not accept it... I could not stand it... actually, I could stand it, but I did not accept the pains, the limitations, because it gives a lot of limitation. So that was well spoken, well treated. Nowadays I have dealt much better with these issues, I do not have that way anymore, crying desperate with everything. This was solved. My daughter had gone, how do I say, everyone is good, but this daughter is the one who is always close to me. And she was moving abroad. Then she, as a health professional, said 'Mother, I will leave you with a computer, you will learn to talk to me on skype and I will put you in a psychologist, because if not you cannot stand it..'. So it was she who referred me. Maybe I had not even seen what I needed.

I: so the goal was to deal with these limitations of diseases?

P: and with the daughter that went to spend two years abroad... I managed to achieve even more things that I did not expect.. subjects of 30, 40 years emerged I do not know how... I got along with Dr. C, a lot... I have done therapy at other times before, coming to the session and not being able to talk. So I arrived, I got to talk to her and then I cried, I could already expose some things... more than I imagined (...) I am someone else today, I am someone else... willing, I was disheartened, I did not feel like putting on a lipstick, straightening my hair, I was at such a stage of being really down... it improved a lot...

Treatment Process

P: What made me be helped... (pause) Who spoke was me, but I do not know how I felt safe in Dr. C.. I felt great security, so much that I came here sometimes and could not walk, I was coughing, but I never stopped coming because I missed to come. If I missed one or two sessions, it was a lot, but for reasons that I really could not come.. because I came here and it

was a place that I could cry, put out all doubts, the pain.. so I felt a lot of security with her, very, very... If I ever had a problem, I would call and she would find some time.. so whenever I needed I had to resort to her.. security and trust.

Participation in the Study

P: the fact that the sessions were recorded did not interfere in any way. And if you watch you will see that I am in the most natural way. At first I may have looked at the camera, but as I told you, my reactions were sincere. What I felt, I cried, I was angry, everything, I was looking facing her. When I talk to a person I have the habit of looking straight ahead. So I forgot that the camera was there.

Discussion

This study presented a case of a woman who sought psychotherapy to cope with physical limitations due to her chronic diseases. She was referred to the treatment by her closer daughter, a health professional, who was intending to spend two years abroad. Doris started her psychotherapy adhering closely to her therapist. The therapist might have acted as a kind of replacement of her daughter and a way to avoid feeling the pain relating to such a loss. This configuration suggests some traits of Doris's personality which were also demonstrated by the SWAP assessment, especially regarding Cluster C features. In her life history, we can also identify the presence of these characteristics: Doris lived her life for other people, possibly accepting unpleasant conditions in order to avoid being alone. Clinical evaluation and the SWAP-200 assessment were complementary: both indicated the presence of some personality dysfunction with a prominence of Cluster C traits, such as dependence, obsessiveness, affect avoidance and difficulty in acknowledging and expressing anger. The Cluster C personality traits tend to occur together and share a dimension often termed as fear. It included fear of negative evaluation, fear of separation and fear of not having personal and

interpersonal control. Specially the obsessional personality traits (such as the appearance of having limited or constricted range of emotions, difficulty allowing themselves to acknowledge or express wishes and impulses, to have difficulty acknowledging or expressing anger and the tendency to deny or disavow their own need for caring, comfort and closeness, or consider such needs unacceptable) associated to the concreteness of the psychosomatic functioning may enhance the difficulties of coming into contact with the emotional life. Thereby, the patient finds it even more difficult to discriminate between the pains of body and soul, thus intensifying the experience of feeling the pains of the body.

A high prevalence of alexithymia has been found in patients with a variety of health conditions, both chronic and temporary, such as hypertension (Todarelo et al. 1995; Jula et al. 1999), fibromyalgia (Neyal et al. 2004) and lupus erythematosus (Barbosa et al. 2011). Alexithymia is a personality construct implicated in a number of medical and psychiatric conditions. It is a characterization of thinking, feeling, and relating processes and it may be described as a difficulty identifying one's feelings and distinguishing them from bodily sensations as well as communicating one's emotions to others (Joyce et al. 2013). In Doris's case, alexithymia may be identified by the operative functioning observed by the therapist and pointed out by SWAP report measure of schizoid orientation. Difficulties with regard to emotional awareness can lead to situations of great suffering and consequent exacerbation of physical symptoms. When emotions are not properly recognized or the stimuli that trigger the emotional response are not identified, emotional regulation can not be developed. Thereby, it may result in somatic disturbance, enhancing the experience of physical symptoms. In alexithymic individuals, there is an overvaluation and erroneous interpretation of the somatic sensations that accompany emotional arousal (Panayiotou et al. 2015).

The treatment should be understood as having been successful with respect to Doris's primary objectives, namely to improve her abilities to deal with the physical limitations

associated with her chronic diseases. In this sense, we highlight two points, regarding psychological distress (assessed by OQ-45 and its subscales) and especially the Psychological Health Index provided by the SWAP-200 assessment. As mentioned before, the *Psychological Health Index* provides a global measure of overall personality health versus dysfunction. The patient has a Psychological Health Index score of $T = 52.7$ at baseline. This indicates an average level of overall personality functioning relative to a clinical sample, with a fairly typical mix of personality strengths and deficits. The final score for this patient showed an improvement of almost 10 points, reaching $T = 62.2$. This indicates that Doris achieved a high level of overall functioning (at least one standard deviation above the mean). Although overall personality functioning, clearly belonging to Cluster C of personality disorders, did not substantially change, we consider this improvement on Psychological Health Index a remarkable outcome considering the patient's characteristics and difficulties. This strengthening of the ego indicated by SWAP assessment may be corroborated by the symptomatic improvement (indicated by OQ-45 assessment) especially with regard to the patient's ways of capacity to cope with her somatic symptoms and physical impairment caused by chronic diseases. Moreover, Doris emphasised this gain during follow-up interview. She was emphatic in stating that she felt like 'someone else' when referring to her perception of how she had changed over time. It is also important to highlight the fact that the patient showed an even greater improvement in the evaluation at follow-up. This data is in line with other findings suggesting that psychodynamic psychotherapy triggers psychological processes that lead to ongoing change, even after therapy has ended (Abbass, Kisely & Kroenke 2009; Knekt, Laaksonen, Härkänen, Maljanen, Heinonen, Virtala & Lindfors 2011).

To achieve structural modifications in personality, long-term psychotherapies are generally indicated, due to the treatment being open-ended. In other words, we expect that patients with poorly functioning personalities will need a huge amount of time to recover,

especially if sessions are held infrequently. This may have occurred in the case of Doris. Her treatment, a weekly session of psychotherapy, was interrupted before she could complete her process of change at the level of holistic personality function. However, we may think there were some changes in this direction. Per the SWAP assessment, there was an increment in Doris's depressive features (illustrated in both the Personality Disorder Score Profile and the Personality Syndromes score). Doris's treatment may have fostered an increase in her self-awareness of her conflicts, difficulties and limitations. This may have enabled Doris to get in touch with her painful psycho-emotional reality and depress herself instead of unloading these feelings into her body. Her emotional pains thereby no longer needed to be transformed into physical pains in order to be tolerable. This is a way of interpreting what appears to be a paradox: although there is an apparent worsening with regard to higher levels of disorder and presence of syndromes, there is symptomatic improvement and higher levels of ego force indicators (i.e. more internal personality features). The latter is also evidenced in the clinical evaluation of the therapist and in the self-evaluation of the patient at follow-up. In this sense, we think that the patient presented improvement in SWAP assessment and we consider this to be relevant data, taking into account the fact that the intervention occurred with a low frequency (weekly) psychotherapy and an elderly patient. In other words, we believe that the patient demonstrated personality plasticity in response to the intervention employed.

Clinical evaluation is again complementary to the evaluations provided by the instruments. Doris's therapist pointed out some gains she considered relevant: the patient achieved a higher quality of life, tolerating her physical limitations and being able to feel and express feelings of anger. The therapist even considered these advances to be related to the fact that Doris no longer needed her body as a way to discharge such feelings. Even so, the therapist felt the need to refer Doris for further treatment when she moved. The SWAP and the therapist's impressions suggest that there were still points to be worked on. However, the

patient stated at a follow-up interview that she had achieved her goal with regard to her reason for seeking treatment. Perhaps this explains the fact that the patient decided to drop-out of the new treatment early, after only seven sessions. This may indicate not only that the patient could not undertake a new effort to initiate another therapeutic process (possibly because separation is a central theme in her conflict and personality configuration) but also that the patient was satisfied with the gains she had made so far, although the therapist might have had more ambitious goals (relating to holistic changes at the personality functioning level).

In Doris's initial report, the therapist pointed out that the patient has a more concrete and operative functioning mode. This was confirmed by the SWAP report (Trait Dimension Profile) indicating a high score for Schizoid orientation ($T = 61.8$), a personality trait dimension which suggests, among other characteristics, thinking in overly concrete and literal ways and a limited or constricted affective range. In the post-treatment evaluation, this score showed an important decrease, standing below the cut-off point indicative of clinically significant 'features' of such personality trait dimension ($T = 47.1$). In addition, Doris demonstrated a decrease in the Dissociation scale that indicated, among other characteristics, disconnected thoughts, feelings and memories, incongruities between words and affect and a tendency to repress or distort distressing events. In addition, the seeming absence of fantasy life is frequently associated with somatic disorders.

The Paris Psychosomatic School proposed the concept of operative thinking: a mode of thinking which is factual and non-metaphorical, with no links to fantasy activity or symbolisation (Marty & M'Uzan 1994). It is distinguished from obsessive thinking. Moreover, it is important to highlight that this term refers not only to a mode of thought, but to a type of psychic organisation (Aisenstein 2006). Mechanical functioning is accompanied by a strong cathexis of the physical senses, with patients able to describe at length and in

detail what they have perceived. This can be understood as a defence against internal disturbance and disorder.

Joyce McDougall, one of the leading names in contemporary psychoanalytic psychosomatics, coined the term 'disaffection' (1984) that refers to the expelling of emotions from the conscious plane of thoughts, fantasies and representations as a defence strategy. Contrary to classical metapsychological assumptions, McDougall proposes that, under disaffection, emotions disappear from the psychic apparatus. However, the use of such a defensive strategy would produce a disturbance in the subject's affective economy.

Both Marty and McDougall believe that the relationship with the mother is a predictor of somatic patient difficulties: when the maternal figure does not adequately fulfil the paroxysmal excitation function (i.e. when the preverbal cues that the baby emits are not inserted into a linguistic code). Thus, there is a loss in the process of symbolising experiences, and, consequently, faster ways of discharging excitations are consequently triggered. The body then presents itself as privileged, forging the development of somatizations. These characteristics tend to make it difficult for such patients to enter psychoanalytic treatment. Instead of chasing links between complaints and life events or inner conflicts, patients may instead end up feeling misunderstood.

Therefore, in other words, we may consider the significant decrease in Schizoid orientation score as well as the Dissociation scale score a sign of some patient movements towards an integration between lived experience and felt experience, i.e. a possible beginning of a future kind of mind-body connection. The treatment may have enabled the gradual retranslation of physical symptoms separated from inner experience into subjective experience. During the follow-up interview, Doris was very clear about what had helped her to achieve her goals: the therapeutic relationship. The relationship of trust, the certainty that the therapist would be available and contingent allowed Doris to find a different fate for her

emotional pains. This therapeutic alliance was something Doris did not find in relationships with significant people in her life (mother, father and husband). We may suppose that in her therapeutic process, Doris found the possibility of opening up a way of thinking and reintegrating into her psychic life what had previously been unthinkable.

This study has some strengths: it is a well-documented psychotherapy, assessed by measures from different perspectives, i.e. instruments, patient, therapist and external judges. We consider this pluralism of perspectives and the use of well-recognised standardised instruments a major strength of this work. In this case, instruments proved to be a beneficial addition to an exclusive reliance on clinical judgement in evaluating treatment response, once it may be evidence that protect us from premature clinical optimism. In addition, there is a utility in combined evaluation: some quantitative data, when contextualised by clinical assessment (qualitative), may produce a different sense compared with the same data being considered in isolation. Although a single-case study does not permit inferences regarding the efficacy of treatment in general as well as of particular interventions, it enables researchers to notice and analyse complex material. Moreover, it includes relevant data and provides significant insights that a nomothetic design would not be able to produce. Finally, studies with elderly patients suffering from chronic diseases are rare. This study has thereby contributed to filling this gap in previous literature.

Nevertheless, our study has some limitations that need to be addressed. There is a wide range of possibilities to evaluate outcomes in psychotherapies through instruments. In this study, we chose only two of those which are available in the Brazilian context. The Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) is an instrument recommended for assessment of individuals seeking mental health treatment. It is a newer, self-report outcome measure created primarily for psychotherapy patients, which has already been used worldwide in psychiatric inpatient care. It focuses on symptoms. Furthermore, we chose SWAP-200 because psychodynamic

psychotherapy aims not only at symptom remission; in fact, it extends beyond it. We believe successful treatment should also foster the positive presence and the development of inner psychological capacities and resources. The SWAP-200 was initially designed to bridge the gap between clinical and empirical approaches, assessing underlying psychological processes and many facets of inner experience.

This study demonstrates that psychoanalytic psychotherapy can help patients with conditions similar to those of Doris, such as chronic diseases and operative functioning. Moreover, this methodology proved to be very useful for a more global understanding of the case as well as its idiosyncrasies. For future research, we encourage its use in other case studies as well as in multiple case designs.

References

- Abbass, A., Kisely, S. & Kroenke, K. (2009) Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders - Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics* 78: 265–74.
- Aisenstein, M. (2006) Soma and psyche : An indissociable unity. *International Journal of Psychoanalysis* 87: 1–14.
- Barbosa, F. et al. (2011) The relationship between alexithymia and psychological factors in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry* 52: 754–62. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.11.004>.
- Carvalho, L.D.F. & Rocha, G.M.A. Da (2009) Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF (Impresso)* 14: 309–16.
- Gleason, M.E.J. et al. (2014) The Enduring Impact of Maladaptive Personality Traits on Relationship Quality and Health in Later Life. *Journal of Personality* 82: 493–501.
- Joyce, A.S. et al. (2013) Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychotherapy Research* 23: 690–704.
- Jula, A., Salminen, J.K. & Saarija, S. (1999) A Facet of Essential Hypertension. *Hypertension* 33: 1057–61.
- Knekt, P. et al. (2011) The Helsinki Psychotherapy Study: Effectiveness, Sufficiency and Suitability of Short- and Long-Term Psychotherapy. In R. Levy, J.S. Ablon and H. Kächele (eds), *Psychodynamic Psychotherapy Research Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press.

- Lambert, M. et al. (1996) The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3: 249–58.
- Marty, P. & M'Uzan, M. de (1994) O Pensamento Operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise* XXVIII: 165–74.
- Neyal, M., Hasan, M. & Hakan, H. (2004) Alexithymic features in migraine patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254: 182–6.
- Panayiotou, G. et al. (2015) Do alexithymic individuals avoid their feelings ? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry* 56: 206–16. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.006>.
- Ridder, D. De et al. (2008) Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet* 372: 246–55.
- Shedler, J. (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychological Association* 65: 98–109.
- Shedler, J. & Westen, D. (2007) The Shedler – Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful. *Journal of Personality Assessment* 89: 41–55.
- Silva, S.M. da et al. (2016) Outcome Questionnaire (oq-45 . 2): assessment of the psychometric properties using bifactor model and IRT. *Psico* 47: 1–11.
- Todarelo, O. et al. (1995) Alexithymia in essencial hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research* 39: 987–94.

4.2. Artigo 2

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

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

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

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

Short title: Interaction structures in psychotherapy

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

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

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

³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil

Corresponding author:

Pricilla Braga Laskoski

Federal University of Rio Grande do Sul

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

Phone: +55 51 3308 5624

Email: pricillab@hotmail.com

Funding Sources

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

Conflicts of Interest

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

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

Abstract

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

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

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

Introduction

Over the last few decades, significant advances in psychotherapy research have been made, particularly in the field of outcome research. Many studies have shown consistent evidence regarding the efficacy and effectiveness of psychodynamic psychotherapy (PDT) in a wide range of disorders.¹⁻³ Although psychodynamic treatments have already been considered to lead to significant therapeutic progress, understanding the aspects that contribute to psychological change during psychotherapy remains challenging.^{4,5}

Despite changes in therapeutic process conceptualisation over time, two principal chains of thought have been identified on the basis of therapeutic action: on one hand, a centrality of interpretations and specific techniques promoting change (*i.e.* ‘specific ingredients’) and, on the other, a focus on interpersonal interaction as a preponderant promoter of positive outcomes (*i.e.* aspects described as ‘common factors’, such as empathy and therapeutic alliance). Moreover, the last few decades have seen a stronger intersubjective orientation occurring within psychoanalytic thinking, creating space for the therapist’s

subjectivity and focusing on not only the patient's mind but also vicissitudes in the interaction between patient and therapist.⁶

Thereby, Enrico Jones⁷ proposed the existence of patterns of reciprocal interaction between patient and therapist throughout a therapeutic process, termed as 'interaction structures'(ISs) (pp. xv, 16), which are manifested as a part of the transference-countertransference matrix. From this, he developed a theory of therapeutic action (from psychoanalysis and PDT) that combines the effects of both insight and patient-therapist relationship on treatment outcomes, either facilitating or hindering therapeutic progress. In other words, he proposed that neither insight nor relationship alone will lead to changes in PDT. Accordingly, the IS theory of therapeutic action has been consistent with other findings and research, suggesting that common and unique factors most likely work symbiotically (and sometimes parasitically) with one another and are likely to be present and potentially relevant in any given psychotherapy.⁸

Previous studies have detected ISs between the patient and therapist in different contexts (inpatients and outpatients) and lengths (short- and long-term psychotherapy and psychoanalysis), as well as in children.⁹⁻¹⁴ Single-case designs provide a rich description of processes occurring in each dyad while serving as an important complement to aggregated data in group-level studies. Most importantly, single-case studies have facilitated the ideographic examination of particular processes, evidencing the considerable clinical potential of this research approach.

PDT and patients with somatic symptom disorder

There exists a substantial body of evidence on the efficacy of PDT in the treatment of somatoform disorders, now referred to as somatic symptom disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5).¹⁵ Evidence from randomised controlled trials (RCTs) is available for irritable bowel syndrome, functional dyspepsia and

somatoform pain disorder. Accordingly, each of these RCTs found PDT to be superior to the usual treatment or supportive therapy. Moreover, results from a meta-analysis showed PDT to be efficacious in patients with somatic symptom disorders.² However, the field of process research involving such patients has been relatively incipient. Somatic symptom disorder has a prevalence of 10%–20% and is considered difficult to treat by clinicians¹⁶ who often report difficult transference–countertransference patterns with such patients.¹⁷ This group of patients usually present operative functioning, which is also accompanied by a strong cathexis of the physical senses, with patients being able to describe at length and in detail what they have perceived.^{18,19} These characteristics tend to make it difficult for such patients to enter psychoanalytic-oriented treatments. Instead of pursuing links between complaints and life events or inner conflicts, patients may end up feeling misunderstood. In this sense, it is expected that a patient with those characteristics present narratives that avoid emotional contact, giving focus to the somatic complaints. Thus, examining the ISs established during the treatment of such patients can be quite useful.

Therefore, the present study aimed to identify and analyse the ISs (*i.e.* patterns of reciprocal interaction) that characterise the treatment of a patient with somatic symptom disorder and chronic diseases in a naturalistic setting. We also investigated whether there was any correlation between the identified ISs throughout the treatment. This case is part of a larger project that compiles systematic case studies of patients with personality disorders. The current case was selected for convenience given that it involved a patient with more advanced age (in relation to the others) and somatic symptoms. Considering the few studies on PDT process outcomes involving a patient with the aforementioned characteristics, the present study was delineated. Our main hypothesis was that patterns of reciprocal interactions existed between the patient and therapist and they can be captured by an empirical methodology such as IS.

Methods

Participants

Client. Doris (name and identifying details have been changed to protect the privacy of the patient), a divorced Caucasian with three children, was 67 years old when her treatment was initiated. As a patient, she was being treated in a clinical outpatient setting. She sought therapy due to chronic health problems (lupus, fibromyalgia and hypertension) and considerable psychological distress resulting from the physical limitations associated with such diseases.

Therapist. The psychotherapist was a female clinical psychologist with 10 years of experience and psychoanalytic psychotherapy training. She described herself as being psychoanalytically oriented.

Treatment. Before Doris was referred to the therapist, an interview was conducted after the client signed a consent form to participate in the study. She received individual treatment comprising non-manualised psychodynamic therapy once a week. The treatment setting was an outpatient clinic consisting of psychotherapists from a background of Freudian psychoanalysis and its followers in a city within a Latin American country. After 28 months (113 sessions), her therapist transferred to a new city, referring Doris to a new therapist. In less than 2 months (7 sessions) with the new therapist, Doris decided to conclude her therapy. The entire treatment lasted 30 months and reached 120 weekly sessions of 50 min each. All sessions had been videotaped with both the patient's and therapist's consent. Given that ISs are related to a specific patient–therapist dyad, sessions with the second therapist were not considered for analysis.

Initial DSM-5 clinical diagnosis. Somatic symptom disorder (concrete and operative functioning mode) and Cluster C traits.

Measures

*Psychotherapy Process Q-Set (PQS)*²⁰. The PQS is a 100-item rating instrument designed to provide a basic language for the description and classification of treatment processes in a form suitable for quantitative analysis. Its items comprise aspects of the interaction or the atmosphere of the encounter, patient's attitudes and behaviours and therapist's actions and attitudes that are characteristic of a variety of schools of therapy, including psychodynamic (e.g., focusing on the unconscious), cognitive-behavioural (e.g., focusing on belief systems) and interpersonal (e.g., focusing on relationships). It also includes items addressing therapy processes that are common to all or most schools of therapy (e.g., empathy). After watching the record of a therapy session, independent raters are required to order the items into nine categories in a forced-choice procedure ranging from most uncharacteristic (category 1) to most characteristic (category 9) of the session being rated. Items are evaluated among themselves (ipsatively) rather than with reference to an objective standard (normatively). This ipsative procedure yields a normal distribution that characterises both the high and low ends of a construct. The PQS has shown good inter-rater reliability, construct validity and discriminant validity according to prior research.⁹ The Brazilian Portuguese version of PQS²¹ has shown semantic equivalence with the original PQS and comparable inter-rater reliability between trained evaluators.²²

*Outcome Questionnaire (OQ-45)*²³. The OQ-45 is a self-reporting tool that comprises 45 items which are grouped into three scales, namely Symptom Distress (SD = 25 items), Interpersonal Relations (IR = 11 items) and Social Role (SR = 9 items), which adds up to provide a total score (OQ Total Score). The responses are provided using a Likert-type five-point scale ranging from 'never' (zero points) to 'almost always' (four points). The possible total score can range from 0 to 180 points. A high score suggests that the client is admitting to a large

number of *symptoms* of distress (primarily anxiety, depression, somatic problems and stress). The higher the score, the more disturbed the client is. Scores of 63 or more indicate symptoms of clinical significance (dysfunctionality/functionality). The OQ is able to speak not only to recovery (a score in the range of community norms) but also to clinically reliable change and to deterioration, the latter is defined as a 14 or greater point increase in the total score. The OQ has also been normalised for age ranges from 18 to 80 years, with no correlations found between the test score and the age²⁴. The OQ-45 has been translated and adapted to the context of Brazilian culture on the basis of the original and the Portuguese versions.²⁵ The OQ-45 has been proven to be a suitable measurement tool for the Brazilian population.²⁶

Procedure

Therapy. This study was approved by the Ethics Committee of the Universidade do Vale do Rio dos Sinos (137/2011). The patient filled out the OQ-45 during the first session, every month or after every fourth session and finally at a 3-month follow-up. This case is part of a larger study of processes and outcomes with patients with Cluster C personality disorders. The patient did not attend 6 sessions (sessions 31, 63, 74, 78, 88 and 104). Every session was videotaped with both the patient's and the therapist's consent. However, equipment failure led to the unavailability of videotapes for three sessions (sessions 24, 57 and 68) for analysis.

PQS rating procedure. Two independently trained evaluators rated videotape recordings of every other session, assessing a total of 60 sessions randomly assigned to both of them. The pool of evaluators consisted of nine psychologists and four psychiatrists, among whom seven were doctoral-level clinicians and six were masters-level clinicians with a mean clinical experience of 6 years. All of them had psychodynamic or cognitive behavioural psychotherapy training. The evaluators were blinded to the result of treatment, as well as to the identity and ratings of other evaluators. When the reliability between any pair of

evaluators was below .60, an additional evaluator rated the session. Inter-rater reliability of the PQS ratings of Doris' treatment ranged from .60 to .90 with mean $r = .71$ (Pearson's correlation). PQS ratings from evaluator pairs were averaged to obtain composite scores.

Data Analysis. ISs in Doris' therapy were identified by subjecting all 100 PQS items for each of the rated sessions ($N = 60$) to principal component exploratory factor analysis with varimax rotation. To index the internal consistency of items comprising the factor, alpha reliabilities were calculated for each factor. Factor scores were calculated for each factor in each session by averaging the ratings of the most strongly loading PQS items. The rationale for the analysis can be summarised as follows: in the examination of a single-case therapeutic process, multiple sessions of the case are systematically examined with repeated applications of the same Q-set of variables (the 100 PQS items). Thus, for each session, all 100 items are ranked in a particular order using the average individual orderings of the two independent evaluators. The set of sessions is called the P-set, whereas the correlation matrix (P-set vs. Q-set) identifies the processes that stand out positively or negatively in the sessions. Factor analysis aims to identify natural groupings of variables for the patient and therapist during therapy. These groupings or factors represent ISs.¹⁴ Sessions with higher scores were consulted to ensure clinical validity. To verify whether one structure predicts the other, we proceeded with cross-correlation analysis in an exploratory manner, considering all intervals up to 15 Lags.

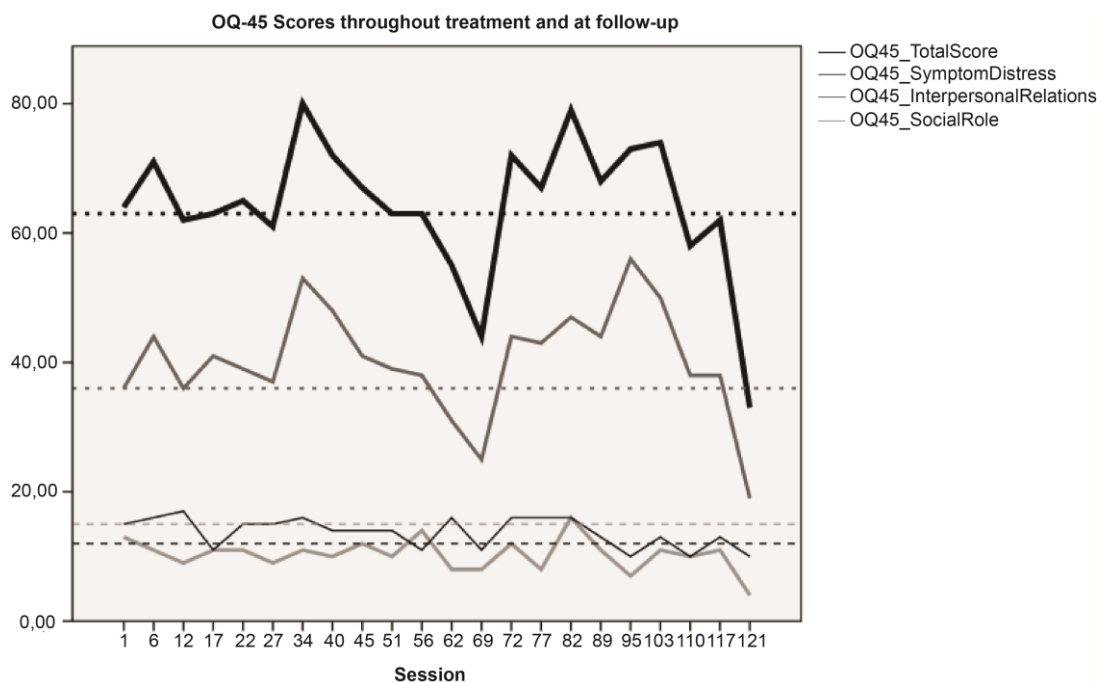
Results

Assessment of treatment outcome

Figure 1 demonstrates the behaviour of the OQ-45 scores and its three subscales (Symptom Distress, Interpersonal Relations and Social Role) throughout the treatment and the

follow-up period. Each dashed line represents the cut-off point proposed by the instrument, indicating symptoms of clinical significance. Although Doris's scores varied considerably throughout treatment, especially in relation to the OQ-45 total score and the Symptom Distress and Social Role subscales, a significant decrease was seen overall. This suggests an improvement in such domains, configuring a change from dysfunction to functionality when comparing evaluations at the beginning and at follow-up. The Interpersonal Relationships subscale, in turn, always scored below the cut-off point, indicating no dysfunctionality in this domain.

Figure 1



Interaction structures

Factor analysis yielded four conceptually interpretable ISs, which were labelled as follows: IS 1) Exploring troublesome affects; IS 2) Building and enhancing therapeutic alliance; IS 3) Therapeutic Relationship—prelude of the end and IS 4) Coping with physical symptoms. The aforementioned ISs accounted for over 30.3% of the total variance. As a

supplemental file, Table 1 shows the PQS item factor loadings for the four interaction structures. Only IS 2 became less characteristic during treatment ($r = -.56, p < 0.001$), whereas ISs 1, 3 and 4 remained constant over time.

IS 1: *Exploring troublesome affects* (Cronbach's $\alpha = .88$). This IS is characterised by the patient's experience of troublesome affects, such as anxiety, tension, sadness, shame and guilt. The therapist explores such negative affects and questions the patient's perspective in a more serious mood. Doris shows limited future expectations in relation to her treatment. In this sense, the patient seems ambivalent about therapy or unwilling to tolerate the emotional hardships that therapy might entail. Nevertheless, the patient keeps working collaboratively. This IS, which comprised 19 items with factorial loads between $-.405$ and $.837$, accounted for 10.73% of the variance in this process.

IS 2: *Building and enhancing therapeutic alliance* (Cronbach's $\alpha = .87$). This IS demonstrates an empathic and confident therapist seeking to facilitate patient speech and clear communication. Moreover, the therapist condescends to or patronises the patient and intervenes to help the patient avoid or suppress disturbing ideas or feelings. The patient expresses herself in a clear fashion and understands the nature of the therapy and what is expected. In addition, the patient feels understood by the therapist and is introspective. The dialogue is centred on cognitive themes, and the dyad seems to be working in a less troublesome way. This IS, which comprised 19 items with factorial loads between $-.402$ and $.704$, accounted for 9.32% of the variance in this process and became less characteristic throughout the 28 months of treatment ($r = -.56; p < .001$).

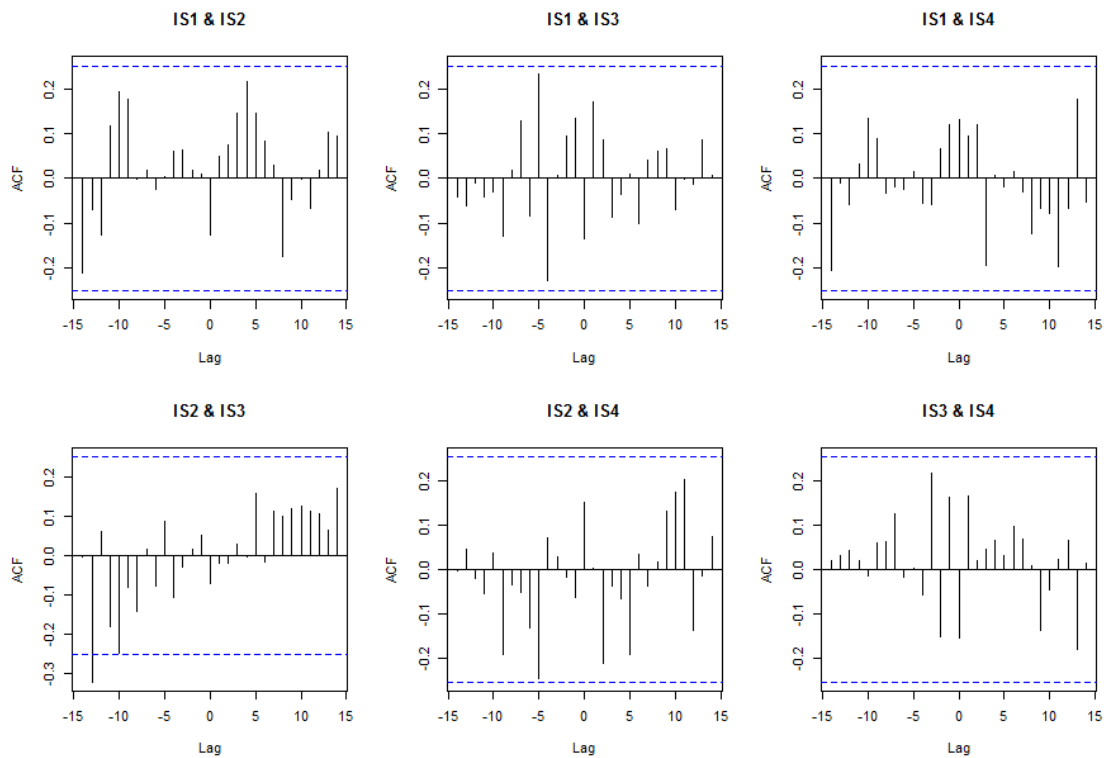
IS 3: *Therapeutic relationship—prelude of the end* (Cronbach's $\alpha = .76$). This IS is characterised by the emphasis placed on the therapeutic relationship and the therapist's attempt to use it as a vehicle to potentiate therapeutic work. Termination of therapy and the

patient's self-image are also emphasised during the sessions. This affects the patient who seek the therapist's approval (behaving in a manner that is apparently designed to either make the therapist like her or gain attention or reassurance). Doris is concerned with what the therapist might think of her. The patient seeks greater intimacy with the therapist and/or attempts to gain knowledge of the therapist's personal life. This IS, which comprised 10 items with factorial loads between $-.421$ and $.735$, accounted for 5.50% of the variance in this process.

IS 4: *Coping with physical symptoms* (Cronbach's $\alpha = .73$). This IS is characterised by the therapist's supportive stance and direct reassurance in relation to the patient's current physical symptoms and health limitations. This IS, which comprised eight items with factorial loads between $-.534$ and $.518$, accounted for 4.76% of the variance in this process.

Regarding cross-correlation analysis, Figure 2 shows the correlations between pairs of structures. Accordingly, only the combination of IS 2 and IS 3 showed a significant negative correlation at Lag -13 ($r = -.322$; $p = .02$). Although a negative correlation could also be observed at Lag -10 , the p value was not considered significant in accordance with the established convention of $.05$ ($r = -.248$; $p = .06$). P values between $.05$ and $.10$ represent a trend. The same can be observed for the combination of IS 2 and IS 4 at Lag -5 ($r = -.245$; $p = .06$).

Fig. 2



Discussion

The present study identified four ISs between a patient with chronic diseases, Cluster C traits and somatic symptom disorder and an experienced therapist during treatment. It also verified that some detected ISs were independent, whereas others were interrelated over time. Moreover, the patterns of interaction between the patient and therapist displayed clinical validity (*i.e.* they were easily interpretable in the context of the case under study). ISs remained non-linear and more or less prominent in different sessions and treatment stages. Furthermore, we found an IS focusing on affect (IS 1) and another corresponding to the therapeutic alliance (IS 2), findings that are generally consistent with those of other studies.^{11,14} The aforementioned ISs seem to represent a specific factor of the approach employed and a common factor to all therapies, respectively. In addition, we were able to identify a structure centred on the therapeutic relationship, which can also be interpreted as

illustrating an aspect of the technique prescribed by the approach employed. Finally, we detected a structure clearly related to the patient's complaint (somatic issues).

Affect avoidance and difficulty in acknowledging and expressing negative affects are shared characteristics between patients with Cluster C personality disorders (or traits of it) and somatic symptom disorder, both of which are important aspects observed in Doris²⁷. In IS 1 (*Exploring troublesome affects*), we observed that the therapist focused exactly on this issue, that is to say, on feelings that are considered wrong, inappropriate or dangerous by the patient. The manner of Doris's reaction is an indication of the sensitivity of this point. She experiences a mental state of negative affects and also seemed to be unwilling to tolerate the emotional hardships that therapy might entail. This possibly illustrates a patient getting in touch with her painful psycho-emotional reality and falling further into depression instead of unloading such feelings into her body. These moments may have enabled the gradual retranslation of physical symptoms separated from inner experience into subjective experience. Shedler²⁸ pointed out that seven features reliably distinguish PDT from other therapies. Focus on affect and expression of emotion, as well as exploration of attempts to avoid distressing thoughts and feelings, are two of them. In IS 1, we observe the therapist actively using this line as a therapeutic strategy. In this sense, as expected, such patient's characteristics may contribute to form a pattern of interaction based on negative emotions (IS 1) as well as on physical symptoms and health conditions as observed in IS 4.

Conversely, IS 2 (*Building and enhancing therapeutic alliance*) illustrates a therapist employing facilitative interventions aimed at establishing a therapeutic alliance with the patient. In other words, one perceives a prominence in the therapist's items, reflecting his investment in strengthening the alliance, while ensuring not to markedly disturb the patient. Distanced from her affects and therefore probably feeling more comfortable, Doris is now able to introspect. Stimulating cognition may have been necessary considering that the patient

is physically symptomatic (an approach of separating physical from emotional pain that initially seemed combined). This is the only IS that presented a negative correlation with time. Considering that this structure seems to combine the necessary elements to establish a therapeutic bond, it is expected to be increasingly present in the early stages of treatment. Over time, such a bond is presumed to progressively consolidate, therefore requiring less investment in this regard.

IS 3 was not prominent during the treatment, which is expected for a low-frequency therapy (weekly). However, it reached its highest scores at the end of the process: we can observe the termination of therapy interfering with this process and placing the therapeutic relationship into central focus. In doing so, considering the context of an imminent separation, Doris reacts in a singular way: seeking approval and attention, as well as greater intimacy from her therapist probably because separation is a central theme in her conflict and personality configuration. The patient also attempts to gain knowledge of the therapist's personal life. We may understand that the therapist's personal life had already been inserted into the process given that the termination of therapy occurred as a result of transfer of the therapist to a new city. The therapist then attempted to use this situation to potentiate clinical work by drawing connections between the therapeutic relationship and other relationships.

IS 4 illustrates an expected thematic considering the characteristics of the patient and the reason she sought psychotherapy: physical symptoms and health limitations. The therapist tended to adopt a supportive stance, providing reassurance to assist Doris in coping with her condition. This IS has shown considerable variation throughout the treatment.

Cross-correlation analysis revealed a significant negative correlation between IS 2 and IS 3 at Lag -13 indicating that a more prominent IS 2 would lead to a less prominent IS 3 in the range of 13 Lags. Actually, once the sessions were analysed alternately, 13 Lags was

determined to have an interval of 26 sessions. In other words, IS 2 predicts IS 3 26 sessions in advance. To better understand this relationship, we may consider the steps of a dance where one movement will precede another, thus forming a choreography. In this sense, the more the pair dances to a rhythm that illustrates the work associated with building and enhancing the therapeutic alliance, the less rhythmic the following movements will become based on their focus on the therapeutic relationship. In the same way, the lesser the rhythm invested in the therapeutic alliance, the more focused the therapeutic relationship will become during the following movements. Hence, throughout the treatment, working on the therapeutic relationship may have been only necessary when the therapeutic alliance between the pair was weak.

Although the correlation between IS 2 and IS 3 at Lag -10 failed to reach statistical significance, it indicated a trend. When considered in conjunction with Lag -13, it suggests the existence of a Lag region (between Lag -10 and Lag -13), thus indicating the need for careful evaluation of this association.

Similarly, cross-correlation analysis provided an almost significant negative correlation between IS 2 and IS 4 at Lag -5, indicating that a more prominent IS 2 would lead to a less prominent IS 4 in the range of Lag-5 (10 sessions). As mentioned before, the p value was not considered significant according to the established convention of .05. However, we believe that a p value of .06432 cannot be disregarded once it indicates a trend. This correlation illustrates a movement similar to that described in the correlation between IS 2 and IS 3: the more the pair dances in a rhythm based on work associated with building and enhancing the therapeutic alliance, the less prominent the following movement will become regarding themes related to somatic symptoms. From this, we may assume that an experience of greater closeness between the pair tends to lead to less prominent physical issues. This

seems to be consistent with the characteristics of the patient, in relation to either personality configuration (dependent traits) or somatic symptom disorder.

In summary, this study concludes that ISs, which can be empirically observed using the PQS, make up the psychotherapeutic process. In this case, the best model identified was a composite of four factors, some of which were similar to those in other studies (interactions regarding therapeutic alliance are quite common), whereas others were probably unique to this process. In addition, some ISs were independent, whereas others were interrelated over time. Future research should evaluate these structures in relation to the results to determine if and what patterns are related or predict outcome.

Process studies such as the present study, seek to address questions regarding the characteristics of the interaction between patient and therapist, as well as what particular patterns of interaction are most prominent with a specific patient at a specific condition or time. Such studies could therefore provide some support in establishing knowledge imperative for clinical practice, thereby assisting in the training of therapists and refinement of general guidelines for the technical management of patients with specific characteristics. In this sense, process research may bridge the gap between researchers and clinicians by providing answers or directions that are highly relevant during practitioner decision-making.²⁹

References

1. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*. 2015;14:137–50.
2. Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR, et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine : A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*. 2015;648–60.
3. Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry*. 2017;15:1–11.
4. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015;14:270–7.
5. Krause M, Altimir C. Introduction: current developments in psychotherapy process research. *Estud Psicol*. 2016;37:201–25.
6. Bohleber W. The concept of intersubjectivity in psychoanalysis: taking critical stock. *Int J Psychoanal*. 2013;799–823.
7. Jones EE. *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson; 2000.
8. McLeavey AA, Castonguay LG. The process of change in psychotherapy: common and unique factors. In: Gelo OCG, Pritz A, Rieken B, editors. *Psychotherapy Research Foundations, Process, and Outcome*. Vienna: Springer; 2015.p.293–310.
9. Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The contributions of the psychotherapy process q-set to psychotherapy research. *Res Psychother*. 2011;14:14–48.

10. Goodman G, Athey-lloyd L. Interaction structures between a child and two therapists in the psychodynamic treatment of a child with Asperger's disorder. *J Child Psychother.* 2011;37:311–26.
11. Goodman G, Edwards K, Chung H. Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* 2012;1–17.
12. Ramires VRR, Carvalho C, Schmidt FMD, Fiorini GP, Goodman G. Interaction structures in the psychodynamic therapy of a boy diagnosed with Asperger's Disorder: a single-case study. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome.* 2015;18:129–40.
13. Goodman G. Interaction structures between a child and two therapists in the psychodynamic treatment of a child with borderline personality disorder. *J Child Psychother.* 2015;41:141–61.
14. Serralta FB. Uncovering interaction structures in a brief psychodynamic psychotherapy. *Paid.* 2016;26:255–63.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.* Washington: APA; 2013.
16. Eldar S, Gómez AF, Hofmann SG. Psychopathology and classification. In: Hofmann SG, editor. *International perspectives on psychotherapy.* Cham: Springer; 2017.p.1–33.
17. Luyten P, Van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy P. Vulnerability for functional somatic disorders: a contemporary psychodynamic approach. *J Psychother Integr.* 2013;23:250–62.
18. Marty P, M'Uzan M de. O Pensamento Operatório. *Rev Bras Psicanálise.*

- 1994;XXVIII:165–74.
19. Aisenstein M. Soma and psyche: an indissociable unity. *Int J Psychoanal.* 2006;87:1–14.
 20. Ablon JS, Jones E. On Analytic Process. *J Am Psychoanal Assoc.* 2005;543–67.
 21. Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul.* 2007;29:44–55.
 22. Serralta FB, Pole N, Lucia M, Nunes T, Laks C, Olsen C. The process of change in brief psychotherapy: effects of psychodynamic and cognitive–behavioral prototypes. *Psychother Res.* 2010;20:564–75.
 23. Lambert M, Burlingame G, Umphress V, Hansen N, Vermeersch D, Clouse G, et al. The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clin Psychol Psychother.* 1996;3:249–58.
 24. Lambert MJ, Gregersen AT, Burlingame GM. The Outcome Questionnaire. In: Maruish ME, editor. *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment: instruments for adults.* Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2004.p.191–234.
 25. Carvalho LDF, Rocha GMA. Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF.* 2009;14:309–16.
 26. Silva SM da, Alves ICB, Peixoto EM, Rocha GMA, Nakano T de C. Outcome Questionnaire (OQ-45.2): assessment of the psychometric properties using bifactor model and IRT. *Psico.* 2016;47:1–11.
 27. Erkić M, Bailer J, Fenske SC, Schmidt SNL, Trojan J, Schröder A, et al. Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder.

- Clin Psychol Psychother. 2017;1–10.
28. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol Assoc.* 2010;65:98–109.
 29. Hardy GE, Llewelyn S. Introduction to psychotherapy process research. In: Gelo OCG, Pritz A, Rieken B, editors. *Psychotherapy Research - Foundations, Process, and Outcome.* Vienna:Springer; 2015.p.183-94

4.3. Artigo 3

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

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

Será apresentado na versão em inglês.

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

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

Abstract

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

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

Introduction

Mentalizing is the process by which we make sense of each other and ourselves, implicitly and explicitly, in terms of subjective states and mental processes (Fonagy & Allison, 2012). The term mentalization was first used by Peter Fonagy in 1989 influenced among other sources by the Psychosomatic School of Paris (Fonagy, 1989). Since that, Fonagy and colleagues have made strides in developing the concept and formulate mentalization-based treatment (MBT) for the treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) (Anthony Bateman & Fonagy, 2013). Interest in MBT has been highly increasing in the last years and mentalization has been studied in relation to several psychological and neurobiological phenomena (Katznelson, 2014). It is currently being developed for treatment of numerous groups, including people with antisocial personality disorder, substance abuse, eating disorders, and at-risk mothers with infants and children (Antony Bateman & Fonagy, 2011). However, it seems that the spectrum of psychosomatic patients that originally inspired such concept has just been recently getting attention from researchers and clinicians of this approach.

Somatic disorders patients are highly prevalent in routine clinical practice and are present in 10-20% of primary care patients (Eldar, Gómez, & Hofmann, 2017). Thus, they are associated with high rates of use of the public health system, resulting in high costs, and are often considered to be “difficult to treat”. These patients are markedly heterogeneous with regard to the factors contributing to their illness, symptoms, and treatment response (Luyten, Van Houdenhove, Lemma, Target, & Fonagy, 2013), typically showing emotional avoidance and reduced emotional expression (Erkic et al., 2017). Also, many of these patients used to deny any possible connection between their emotional life and their physical malady (Sloate, 2010).

It is possible to identify two principal chains of thought that propose different understandings about the psychosomatic illness: in one hand, the Psychosomatic School of Paris which is based on Freudian drive theory and has special interest in concepts such as alexithymia and operational thinking (Taylor, 2010) and, on the other hand, an emerging, new approach which focuses particularly on attachment theory and mentalization as described by attachment theorists such as Fonagy, Allen, Bateman, and Target (Gubb, 2013). This is a developmental person-centered approach that attempts to map developmental pathways of individuals that are vulnerable to develop persistent somatic complaints. Studies in this context suggest a complex interplay among both vulnerability and resilience factors (Houdenhove & Luyten, 2008).

Although there are substantially theoretical differences, both chains of thought are encompassing forms of illness that can be described as psychosomatic, which are related to some form of disturbance or inadequacy considering what belongs in the mind and what belongs in the body due to problems in mentalization (Gubb, 2013). Therefore, mentalization seems to be a central concept / capacity in the understanding of these patients, irrespective the subjacent theoretical basis.

As mentioned before, psychoanalysis has a long tradition in the conceptualization and treatment of psychosomatic illness. Regarding PDT, there is a substantial body of evidence for its efficacy in somatoform disorders, now referred to as somatic symptom disorder in DSM-5 (Dimsdale et al., 2013). Evidence from RCTs is available for irritable bowel syndrome, functional dyspepsia and somatoform pain disorder. In each of these RCTs, PDT was superior to treatment as usual or supportive therapy. Furthermore, results from a meta-analysis showed PDT to be efficacious in patients with somatic disorders (Leichsenring et al., 2015).

More recently, Luyten and Fonagy (Luyten & Fonagy, 2016) proposes a new way to the understanding, management and treatment of patients which they prefer referring as ‘patients presenting with persistent somatic complaints that have not responded to treatments and / or that have been insufficiently understood’ (p. 128). They present an integrative, broad attachment-based approach, wherein mentalizing is one of the focus of the both conceptualization and intervention. In addition, a brief treatment had been developed for such patients which is being piloted (Luyten et al., 2013).

At present, cognitive behavioural therapy (CBT) has been pointed out as the method of choice in the treatment of somatic symptom disorder (SSD). However, CBT has been shown to be less effective in SSD than in other mental disorders, raising the question which specific characteristics of SSD patients are not completely addressed by CBT (Erkic et al., 2017).

Mentalizing as a common factor

Mentalizing has been pointed out and conceived as a common factor across different forms of effective psychotherapy: Bateman & Fonagy (Anthony Bateman & Fonagy, 2004) states that the development of more robust mentalizing could be a shared factor in all successful therapies with BPD. In order to address this issue, Goodman (Goodman, 2013) tested the proposition that mentalization, operationalized as reflective functioning (RF), is a common process factor inherent to all treatment models designed to treat BPD patients. Using a 100-item pantheoretical Q-sort instrument (Psychotherapy Process Q-Set [PQS]) (John Stuart Ablon & Jones, 2005) for capturing psychotherapy process, he developed prototypes of two approaches, namely transference-focused psychotherapy (TFP) and dialectical behavior therapy (DBT) and correlated them with PDT and CBT prototypes. Psychotherapy prototypes are hypothetical “ideal psychotherapy sessions” according to a specific therapy orientation (J. Stuart Ablon, Levy, & Smith-Hansen, 2011). Also, Goodman developed a RF process

prototype and correlated with all other prototypes. He found that the RF prototype was highly correlated with the others. Thus, his findings provided support for Bateman and Fonagy's proposition, that is to say, it appears that all four treatment models, in one way or another, engage in therapeutic processes identified as characteristic of mentalization. Thus, mentalization could be a common factor of therapeutic change masquerading as a specific factor. In other words, specific therapist interventions that facilitate mentalization would be responsible for the effectiveness of all BPD treatment models. More recently, De Meulemeester and colleagues (De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten, & Lowyck, 2017) were the first to investigate directly whether treatment-associated improvement in BPD is related to changes in mentalizing capacity and whether changes in mentalizing capacity over time are associated with symptomatic improvement. They found that improvements in mentalizing were strongly associated with the rate of decrease in symptomatic distress over time ($r = .89$). Their findings suggest that increases in mentalizing may indeed in part explain therapeutic change in the treatment of BPD, although more research is recommended to further substantiate these conclusions.

Reflective functioning has been investigated across different psychiatric disorders in relation of its relevance as a moderator and mediator in psychotherapy. Initially, impairment in mentalization has been related to BPD, and has been supported by empirical evidence revealing lower levels of RF in BPD patients. Next, levels of mentalization have been investigated in relation to several forms of psychopathology with the majority of studies finding lower mentalizing capacities being related to psychiatric illness compared to normal controls (Katznelson, 2014).

Psychotherapy prototypes

Researchers have studied ideal prototype profiles to understand the conceptual similarities and differences among different treatment models. More than that, prototype methodology enables researchers to compare what therapists and patients actually do in the consulting room with what is theoretically prescribed. The prototype adherence scores indexed the extent to which the actual therapy process conformed to theoretical ideals articulated by a group of experts from each school of thought. Previous studies showed that greater adherence to certain prototypical processes are related to treatment outcomes. Also, they countered the assumption made in many psychotherapy studies that a therapy's brand label sufficiently characterizes its process (J. Stuart Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006; J S Ablon & Jones, 1999; Katzenstein, Pole, Ablon, & Olsen, 2012). The relevance of examining the process of a psychotherapy in relation to different schools is supported by findings suggesting the presence of factors considered specific of certain approaches in different models (Serralta & Ablon, 2016).

To the best of our knowledge, there are no studies investigating the adherence to psychotherapy prototypes in a treatment of a patient belonging to the psychosomatic spectrum. Therefore, we undertook the present study in which we examined a single long-term psychodynamic treatment using the prototype methodology. It tested two hypotheses. First, we expected that the psychotherapeutic process would be characterized by greater adherence to ideal psychodynamic process than to other types of therapy process once it was the technique prescribed. Second, we hypothesize that the treatment would show adherence also to the RF prototype. This idea is based on the characteristics of these patients and on what was previously exposed. That is, we believe that the statement that mentalizing is a common factor across different forms of effective psychotherapy may be valid in the case of psychosomatic spectrum patients as well as in BDP patients.

The present study

This study, whose methods and main outcomes are described in detail elsewhere (Laskoski et al., *in press*), was approved by the ethics committees of the University where the study was conducted. The patient was 67 years old and she sought therapy due to her chronic health problems (Lupus, fibromyalgia and hypertension) and much psychic suffering due to the physical limitations resulting from these diseases. She was treated using once-a-week individual non-manualised psychodynamic therapy during 30 months and reaching 120 videotaped sessions. The patient was initially diagnosed with Somatic symptom disorder (concrete and operative functioning mode) and Cluster C traits. The treatment was considered successful in terms of its results (symptoms assessment). Every other videotaped session ($n = 62$) was rated with the *PQS* by independent judges. The *PQS* is a 100-item rating instrument designed to provide a basic language for the description and classification of treatment processes in a form suitable for quantitative analysis. Its items comprise aspects of the interaction or the atmosphere of the encounter, patient's attitudes and behaviours and therapist's actions and attitudes that are characteristic of a variety of schools of therapy, including psychodynamic (e.g., focusing on the unconscious), cognitive-behavioral (e.g., focusing on belief systems), and interpersonal (e.g., focusing on relationships) schools. It also includes items addressing therapy processes that are common to all or most schools of therapy (e.g., empathy). When the reliability between any pair of judges was below $r .60$, an additional judge rated the session. The interrater reliability of the *PQS* ratings of Doris's treatment ranged from 0.60 to 0.90 with a mean of $r = 0.71$. *PQS* ratings from pairs of judges were averaged together to form the composite scores used in all analyses.

The prototypes of PDT and CBT used in this study were developed using the method originally proposed by Ablon and Jones (1998) (Serralta & Ablon, 2016). The RF prototype was developed by Goodman (Goodman, 2013). Internationally recognized experts in PDT, CBT and RF rated each of the 100 *PQS* items with regard to how well it characterized a

hypothetical ideal session of either approach (depending on their expertise). Some of the most characteristic items comprising the PDT prototype emphasize (1) wishes, feelings, or ideas that may not be in patient's awareness, (2) patient's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past, (3) discussion about the therapy relationship, (4) discussion of dreams or fantasies, and (5) therapist empathy. Some of the most characteristic items comprising the CBT prototype cover (1) homework, (2) discussion of belief systems, (3) focus on treatment goals, (4) encouraging the client to try new behaviors, and (5) the therapist exerting active control over the interaction. Some of the most characteristic items comprising the RF prototype emphasize (1) challenging the client's view, (2) focus on the therapy relationship, (3) therapist facilitating client's speech, (4) real vs. fantasized meanings of experiences are actively differentiated, and (5) emphasis on client's current or recent life situation.

Adherence scores representing the extent to which each session conformed to the ideal PDT, CBT and RF prototypes were calculated. Factor scores for each PQS item within the prototypes were correlated with the mean PQS ratings given to each coded session. Full adherence scores combining therapist behaviors, client behaviors, and the therapist client interaction and reflecting the total match between ideal and actual process were calculated using all 100 PQS items yielding one adherence score for each prototype per session. Component adherence scores separating therapist behaviors and reflecting the partial match between ideal and actual process were calculated using the 41 therapist items. Thus, six adherence scores were calculated for each session (two for each theoretical orientation comprising one full adherence score and one component score).

In order to determine whether the actual therapy process conformed most closely to the prototypes both in terms of the full process and at the therapist component level, we

conducted a series of paired *t* tests comparing PDT, CBT and RF adherence scores within each session.

Results

Contrary to expectation addressed by our first hypothesis, the psychotherapeutic process was characterized by moderate adherence to both PDT and CBT prototypes and also by greater adherence to the RF prototype. Although the average level of conformity to the PDT prototype appeared to be higher than the average conformity to the CBT prototype, this difference did not quite reach the threshold for statistical significance, $t(62) = 1.495$, $p = 0.140$. This was true at the level of the full prototypes.

In the level of the prototype components regarding therapist variables, the treatment showed greater conformity to the RF prototype, followed by PDT prototype and as expected low conformity with the CBT prototype.

Table 1. Adherence to the prototypes (n = 62)

Variable	PDT	CBT	RF
Full adherence	0.4294 (0.087)	0.4057 (0.062)	0.5369 (0.065)
Therapist adherence	0.5092 (0.11884)	0.2487 (0.10599)	0.5637 (0.09558)

Discussion

With regard to our first hypothesis, the findings indicated that the treatment on average showed only moderate correlations with PDT prototype. In addition, the psychotherapeutic process was found to contain as much ideal CBT process as ideal PDT. These findings are consistent with previous studies showing that psychotherapeutic process do not use to present “pure” models over time (J Stuart Ablon & Jones, 2002; Pole, Ablon, & O’Connor, 2008;

Serralta et al., 2010). Especially because it is a heterogeneous mix of therapist's attitudes, patient's characteristics and the resulting interaction between the two.

However, in the level of component score regarding therapist variables, we could confirm that as expected therapist was adopting predominantly a psychodynamic technique. Therefore, it suggests that the characteristics of the patient as well as the interaction between the dyad are probably contributing to the adherence also to the CBT prototype in the full component.

Regarding our second hypothesis, the findings corroborate it once treatment process showed great adherence to the RF prototype in both full and component level. That is to say, in their practice, the therapist engage in therapeutic processes identified as characteristic of mentalization over time during sessions with this patient. Even if it has not occurred in an intentional way, the therapist probably intuitively responded to patients needs. In this sense, considering patient's characteristics, difficulties and presenting problems, we may hypothesize that mentalization became a prominent factor during such psychotherapy.

This case suggests that enhancing mentalization could be an implicit process inherent to conceptually distinct treatments like PDT and thus may be related to the symptomatic improvement reached by the patient. Furthermore, the findings suggest that, independent of treatment approach, considering psychosomatic patients, interventions aimed at enhancing mentalization could be attempted. As a construct, mentalization has been recently related to p factor (general factor of psychopathology) (Caspi, Houts, Belsky, & Goldman-mellor, 2015). Such factor allows one to think of psychopathology in dimensional and transdiagnostic terms and mentalization seems to be one of the central constructs in this proposition. This should be a promising area of research (Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011).

Examining elements of the therapeutic process could provide helpful new insights into process factors associated with a favourable outcome. Although these findings are not

generalizable, they may raise hypotheses and consequently indicate directions for future research. We believe that acknowledging the associated factors to the change will allow us, in the future, to have more precise technical guidance to potentiate the results from psychotherapies regardless of its theoretical orientation.

References

- Ablon, J. S., & Jones, E. (2005). On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, (53), 543–567.
<https://doi.org/10.1177/00030651050530020101>
- 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. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.67.1.64>
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy Findings from the NIMH Collaborative Study of Depression. *Am J Psychiatry*, 775–783.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216–231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.216>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the psychotherapy process q-set to psychotherapy research. *Research in Psychotherapy*, 14(1), 14–48.
https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_23
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1300/J200v06n01>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2011). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595–613. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986272>

- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., & Goldman-mellor, S. J. (2015). The p Factor : One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clin Psychol Sci*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>.The
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Lowyck, B. (2017). Mentalizing as a Mechanism of Change in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Parallel Process Growth Modeling Approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1–8. <https://doi.org/10.1037/per0000256>
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., ... Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.033>
- Eldar, S., Gómez, A. F., & Hofmann, S. G. (2017). Psychopathology and Classification. In S. G. Hofmann (Ed.), *International Perspectives on Psychotherapy* (pp. 1–33). Springer.
- Erkic, M., Bailer, J., Fenske, S. C., Schmidt, S. N. L., Trojan, J., Schröder, A., ... Mier, D. (2017). Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1–10. <https://doi.org/10.1002/cpp.2151>
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12, 91–115.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research and social cognitive neuroscience. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11–34). <https://doi.org/10.4324/9780203123003>

- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98–110. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x>
- Goodman, G. (2013). Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions? *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 179–192. <https://doi.org/10.1037/a0032354>
- Gubb, K. (2013). Psychosomatics Today : A Review of Contemporary Theory and Practice. *Psychoanalytic Review*, 100(1), 103–146.
- Houdenrove, B. van, & Luyten, P. (2008). Customizing Treatment of Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia: The Role of Perpetuating Factors. *Psychosomatics*, 49(6), 470–477. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.6.470>
- Katzenstein, T., Pole, N., Ablon, J. S., & Olsen, C. (2012). Combining Idiographic and Nomothetic Approaches to Single-Case Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York: Humana Press.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., ... Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine : A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, (2), 648–660. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00155-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8)
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2016). An Integrative, Attachment-Based Approach to the Management and Treatment of Patients with Persistent Somatic Complaints. In J. Hunter

- & R. Maunder (Eds.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists* (pp. 127–144). Springer International Publishing.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(3), 250–262. <https://doi.org/10.1037/a0032360>
- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 221–232. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.221>
- Serralta, F. B., & Ablon, J. S. (2016). Development of Brazilian prototypes for short-term psychotherapies. *Trends Psychiatry Psychother. (Impr.)*, *38*(2), 71–79. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000200071
- Serralta, F. B., Pole, N., Lucia, M., Nunes, T., Laks, C., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research, 20*(5), 564–575. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.493537>
- Sloate, P. L. (2010). Superego and sexuality: An analysis of a psychosomatic solution. *Psychoanalytic Inquiry, 30*(5), 457–473. <https://doi.org/10.1080/07351690.2010.482408>
- Taylor, G. J. (2010). Symbolism, symbolization, and trauma in psychosomatic theory. In M. Aisenstein & E. R. Aisemberg (Eds.), *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp. 181–199). London: Karnac.

4.4. Artigo 4

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

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

Será apresentado na versão em inglês.

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

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

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

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

³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil

Abstract

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

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

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

Funding Sources

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

Disclosure of interest

The authors report no conflicts of interest.

Introduction

In the last years, different methodological approaches, as well as different strategies for data analysis, have emerged in the field of psychotherapy process. Although an enormous amount of rich empirical data is already available, the question of what exactly are active ingredients promoting therapeutic change remains intriguing to psychotherapy researchers (Mulder, Murray, & Rucklidge, 2017; Salvatore & Gennaro, 2015). The modern causal-analytical thinking is guiding the way science is mostly practiced nowadays, and it is not different with regards to psychotherapy. Its linear structure may not be sufficient to account

for the complexity of the psychotherapeutic phenomenon. In other words, a new way of thinking and consequently a new methodology for the apprehension of such a phenomenon seems necessary to reach new answers to old questions.

Complexity science is an emerging approach to research and consists of a compilation of theories and conceptual tools from a variety of disciplines (Benham-Hutchins & Clancy, 2010; Paley & Eva, 2011), such as mathematics, physics, computer science, ecology and especially more so in the field of health care (Braithwaite et al., 2017; Kannampallil, Schauer, Cohen, & Patel, 2011). Complexity science is devoted to systems and issues that are considered dynamic, and is composed of numerous parts that interconnect and influence each other. One of its chief premises is the non-linearity of its interrelationships. Also, its focus is on the methods used for searching for regularities (Phelan, 2001).

The psychotherapeutic encounter may be considered as a complex system, where several variables interact with each other in different directions and levels. Therapist effects and interventions, patient characteristics and attitudes as well as the atmosphere resulting from the interactions between both constitute a universe of possibilities. It is possible to understand many parts of such interconnected relationships, but the more complex dimension of the phenomenon cannot be grasped by a simple linear cause and effect system. As a multi-dimensional and non-linear phenomenon, it can only be understood by principles and patterns.

Machine learning techniques, also known as pattern recognition, comprise the use of complex computational algorithms for evaluating and analysing large data sets, which contain high volumes of data, created at a high velocity and in a variety of forms, known as Big Data (Passos, Mwangi, & Kapczinski, 2016). These techniques have the potential to create a paradigm shift in the prediction and stratification of clinical outcomes (Librenza-Garcia et al., 2017). Machine learning seeks to identify patterns in the data itself, and thus avoids the possible influence of researchers regarding which variables are most important or how they

are interconnected. As most of the machine learning algorithms seek non-linear patterns of interrelation, it can be a useful tool, with the capability to attend to the prerogatives necessary for the apprehension of complex phenomena such as the therapeutic encounter. Therefore, to evaluate the applicability of this type of analysis in understanding the psychotherapeutic process, we hypothesise that machine learning algorithms could be used to develop a pragmatic clinical tool to predict distress after the sessions in subjects undergoing psychotherapy using variables that assess the psychotherapist's attitudes, behaviours and interventions.

Our main objective was to present a methodology that provides a new way for the study of the psychotherapeutic process through the identification of the therapist-related factors that have the potential to affect the patient's mental state during psychotherapy sessions. We considered both factors used by the therapist, i.e., specific factors to the employed approach (specific techniques) and factors that are common across most therapies (working alliance and empathy). To illustrate this, we used a psychodynamic psychotherapy case considered successful in terms of its results (outcome measures) and undertook an exploratory analysis by using a machine learning approach. We chose distress as the outcome variable for the model because it is considered an important and complex variable: at some moments in the process it is expected and desired to increase (as a sign that there is therapeutic work in action), whereas in other moments in the process we expect the opposite (aiming at symptom relief). Furthermore, the study of the effect of different types of intervention and other variables is assumed as important in a psychodynamic treatment process through complex models and can be a useful way of validating different psychoanalytic constructs, providing information that could be useful for the development of the theory and technique of psychoanalysis.

Methods

Participants

Client. Doris (name and identifying details have been changed to protect the confidentiality of the patient) was 67 years old when her treatment began. She is divorced, Caucasian, housewife with three children. She sought therapy due to her chronic health problems (lupus, fibromyalgia and hypertension) and much psychic suffering due to the physical limitations resulting from these diseases.

Therapist. The psychotherapist was a female clinical psychologist with 10 years of experience and psychoanalytic psychotherapy training. She described her orientation as psychoanalytic.

Treatment. Before Doris was referred to the therapist, an interview was conducted after the client signed a consent form for participating in the study. She was individually treated using once-a-week non-manualised psychodynamic therapy. The setting of the treatment was an outpatient clinic in a city within a Latin American country. After 28 months (113 sessions), as her therapist shifted to a new city, Doris was referred to a new therapist recommended by her previous one. In less than 2 months (7 sessions) with the new therapist, Doris decided to conclude her therapy. The whole treatment lasted 30 months, and reached 120 weekly sessions of 50 minutes each. Every session was videotaped with both the patient's and the therapist's consent.

Initial DSM-V Clinical Diagnosis. Somatic symptom disorder (concrete and operative functioning mode) and Cluster C traits.

Measures

Psychotherapy Process Q-Set (PQS) (John Stuart Ablon & Jones, 2005). The PQS is a 100-item rating instrument designed to provide a basic language for the description and classification of treatment processes in a form suitable for quantitative analysis. Its items

comprise aspects of the interaction or the atmosphere of the encounter, patient's attitudes and behaviours and therapist's actions and attitudes that are characteristic of a variety of schools of therapy, including psychodynamic (e.g., focusing on the unconscious), cognitive-behavioural (e.g., focusing on belief systems) and interpersonal (e.g., focusing on relationships). It also includes items addressing therapy processes that are common to all or most schools of therapy (e.g., empathy). After watching the record of a therapy session, independent raters are required to order the items into nine categories in a forced-choice procedure ranging from most uncharacteristic (category 1) to most characteristic (category 9) of the session being rated. Items are evaluated among themselves (ipsatively) rather than with reference to an objective standard (normatively). This ipsative procedure yields a normal distribution that characterises both the high and low ends of a construct. The PQS has shown good inter-rater reliability, construct validity and discriminant validity according to prior research (J. Stuart Ablon, Levy, & Smith-Hansen, 2011). The Brazilian Portuguese version of PQS (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007) has shown semantic equivalence with the original PQS and comparable inter-rater reliability between trained evaluators (Serralta et al., 2010).

Outcome Questionnaire (OQ-45) (Lambert et al., 1996). The OQ-45 is a self-reporting tool that comprises 45 items which are grouped into three scales, namely Symptom Distress (SD = 25 items), Interpersonal Relations (IR = 11 items) and Social Role (SR = 9 items), which adds up to provide a total score (OQ Total Score). The responses are provided using a Likert-type five-point scale ranging from 'never' (zero points) to 'almost always' (four points). The possible total score can range from 0 to 180 points. A high score suggests that the client is admitting to a large number of *symptoms* of distress (primarily anxiety, depression, somatic problems and stress). The higher the score, the more disturbed the client is. Scores of 63 or more indicate symptoms of clinical significance (dysfunctionality/functionality). The OQ is

able to speak not only to recovery (a score in the range of community norms) but also to clinically reliable change and to deterioration, the latter is defined as a 14 or greater point increase in the total score. The OQ has also been normalised for age ranges from 18 to 80 years, with no correlations found between the test score and the age (M. J. Lambert, Gregersen, & Burlingame, 2004). The OQ-45 has been translated and adapted to the context of Brazilian culture on the basis of the original and the Portuguese versions (Carvalho & Rocha, 2009). The OQ-45 has been proven to be a suitable measurement tool for the Brazilian population (Silva, Alves, Peixoto, Rocha, & Nakano, 2016).

Procedure

Therapy. The patient filled out the OQ-45 during the first session, every month or after every fourth session and finally at a 3-month follow-up. This case is part of a larger study of processes and outcomes with patients with Cluster C personality disorders. The patient did not attend 6 sessions (sessions 31, 63, 74, 78, 88 and 104). Every session was videotaped with both the patient's and the therapist's consent. However, equipment failure led to the unavailability of videotapes for three sessions (sessions 24, 57 and 68) for analysis.

PQS rating procedure. Two independent trained judges rated randomly drawn videotapes of every other session (a total of 62 sessions were assessed). The pool of the raters comprised of 9 psychologists and 4 psychiatrists: 7 doctoral level clinicians, 6 master-level clinicians with a mean clinical experience of 6 years. All of them had psychodynamic or cognitive-behavioural psychotherapy training. The judges were blind to the result of treatment and to the identity and ratings of the other judges. When the reliability between any pair of judges was below 0.60, an additional judge rated the session. The inter-rater reliability of the PQS ratings of Doris's treatment ranged from 0.60 to 0.90 with a mean $r = 0.71$ (Pearson's correlation). PQS ratings from pairs of judges were averaged together to form the composite scores. For the

present study, when evaluating the effect of therapist interventions in the level of patient distress along the process, just the items associated with the therapist were extracted and used in all subsequent analyses.

Data preparation. To meet the requirements of the machine learning analysis, some data transformation was necessary. The procedure presupposes that each process observation (PQS) will correspond with a simultaneously measured progress observation (OQ-45). In this study, process observations were obtained for every other session ($n = 62$) and progress observations were obtained for every fourth session in average ($n = 22$). Then, we followed a linear interpolation procedure to estimate missing progress observations corresponding with each process observation. The mean of two consecutive, observed progress scores was used to estimate the mean point missing between them and so on. This procedure had been previously employed in prior studies to meet the requirements of a certain analysis such as time-series analysis (Pole, Ablon, & O'Connor, 2008; Serralta et al., 2010). Whereas in this study we aimed to evaluate the effect of therapist variables on patient distress, and considering that a categorical outcome variable would be more suitable for the model, we used the OQ median to classify distress after the session, the patient being compared with herself in terms of distress score along the process.

Machine Learning Approach

We used the package *caret* (Version 6.0-73) from R software (<https://www.R-project.org/>). We selected the *caret* package because of its automated tuning methods for machine learning algorithms, which enables the selection of the best fit for each model (Kuhn, 2008). We assumed a classification problem with the PQS items associated with psychotherapist interventions, attitudes and behaviours as input data. The main objective was to train a set of machine learning algorithms to estimate the probability of our patient presenting high levels

of distress ($OQ \geq 67$) or low levels of distress ($OQ < 67$) during a specific session, given previously unseen sessions' data.

First, we performed recursive feature elimination with leave-one-out cross validation (LOOCV) using a random forest algorithm and we tuned the algorithm to select 6 variables from the initial 41 to have a pragmatic model, able to be used in clinical practice and avoid overfitting. Second, we used the selected variables to create predictive models with the random forest algorithm. Random forest (or decision tree forests) is an ensemble-based method that focuses only on the ensembles of decision trees (Lantz, 2015). This method is developed by Leo Breiman and Adele Cutler, and combines the base principles of 'bagging' with random feature selection to add additional diversity to the decision tree models. The parameters to be adjusted were 'mtry' (an optional integer specifying the number of features to randomly select at each split) for this model. Third, we used LOOCV for estimating model performance and Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (AUC) to select the best fit for each model. This process consists of training the algorithm with all subjects but one, a process that is then iteratively repeated until all subjects are used at least once during algorithm testing. It is worth mentioning that LOOCV has become the standard for estimating model performance for studies with small sample sizes (Lantz, 2015).

Results

Machine learning

A total of 62 sessions were assessed in the present study. The recursive feature elimination approach selected the following variables from PQS as the best predictors of distress in the psychotherapy process: item 89 (therapist intervenes to help patient avoid or suppress disturbing ideas or feelings); item 67 (therapist draws the patient's attention to wishes, feelings or ideas that may not be in awareness); item 92 (patient's feelings or

perceptions are linked to situations or behaviours of the past); item 80 (therapist presents a specific experience or event in a different perspective); item 46 (therapist communicates with patient in a clear, coherent style) and item 100 (therapist draws connections between the therapeutic relationship and other relationships). The best random forest model differentiated high distress from low levels of distress with an AUC of 0.725, sensitivity of 79%, specificity of 62% and balanced accuracy of 70.5%. **Figure 1** presents the predictors of distress and their importance in the random forest model provided by caret package. **Figure 2** shows the Receiver Operating Characteristic curve.

Figure 1

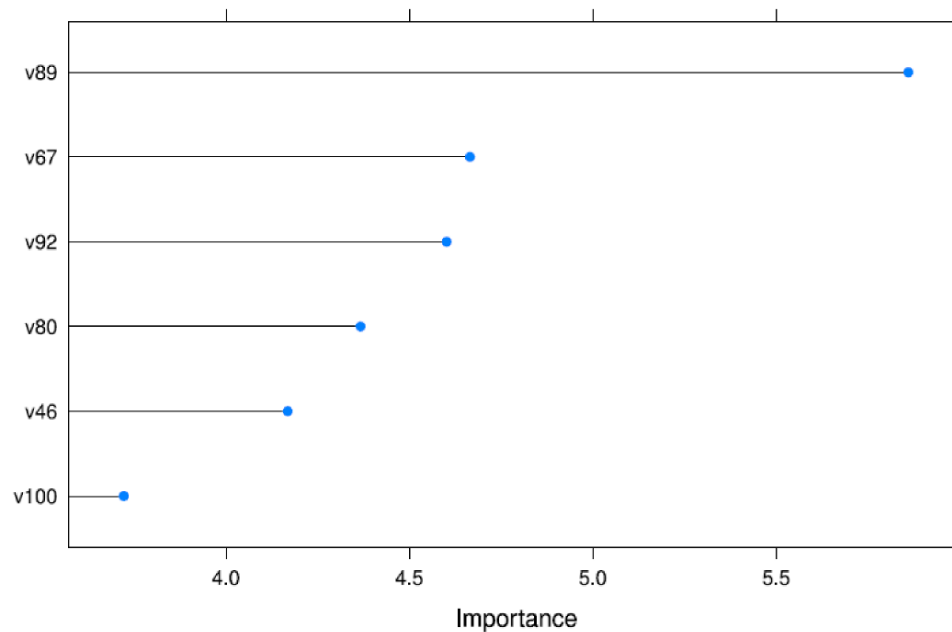


Figure 2

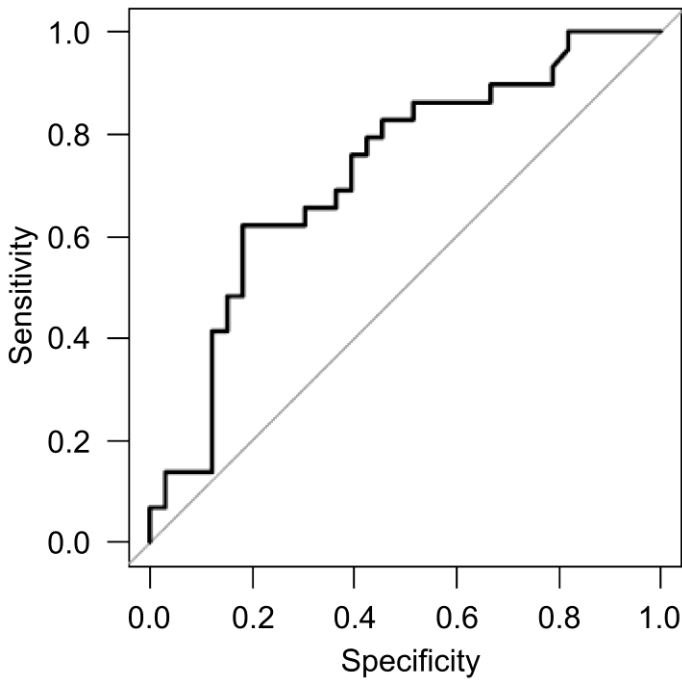
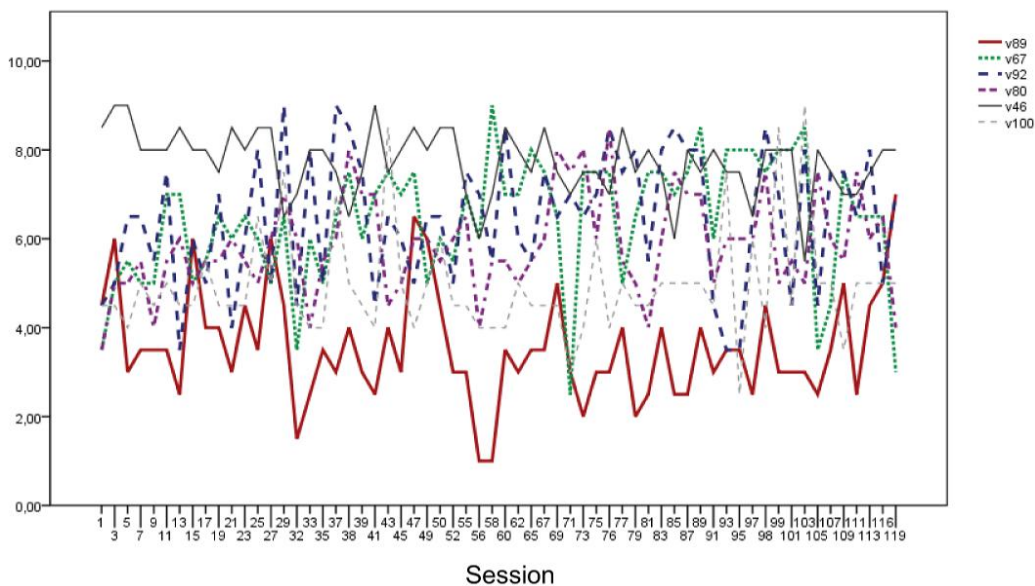


Figure 3 presents the scores of the six variables that make up the model provided by the machine learning analysis over time. It illustrates the behaviour of each variable (PQS item) and may indicate how we should interpret the meaning of each item considering its position on the PQS scale. It is important to consider that the model does not imply linear correlations; thus, the items can interact in any direction. Evaluating the score of the items during the process can make it possible to create a hypothesis to be tested in further research.

Figure 3



Discussion

This article proposes a new approach that could be useful for the understanding of the psychotherapeutic process. For that, we presented a clinical case as an illustration of the possibilities that machine learning algorithms can provide. Mental health researchers have been using machine learning techniques for improving the outcomes in psychiatric diseases. For example, recent studies have reported high prediction accuracies in distinguishing patients with bipolar disorder from healthy individuals using neuroimaging (Mwangi et al., 2016), neurocognitive data (M.-J. Wu et al., 2017; M. J. Wu et al., 2016, 2017) and serum biomarkers (Pinto et al., 2017). A recent report also predicted who will attempt suicide among patients with bipolar disorder (Passos, Mwangi, Cao, et al., 2016). To the best of our knowledge, the present study is the first to assess the feasibility of using machine learning algorithms for predicting patient distress after sessions during a psychodynamic psychotherapy treatment. We used machine learning algorithms coupled with data from a psychotherapy process scale for estimating distress likelihood after a specific psychotherapy session. Furthermore, we sought to determine what variables associated with psychotherapist's attitudes, behaviours and interventions were the most important ones in predicting distress. The random forest algorithm used achieved high accuracy in differentiating high levels from low levels of distress according to OQ-45. Notably, the prediction AUC, sensitivity and specificity of the machine learning algorithm was determined through a robust cross-validation approach; that is, LOOCV. The best model found indicated a combination of 6 variables (PQS items) as the most relevant predictors of levels of distress. It is important to highlight that this model proposes that such variables have to be understood together and not in isolation. That is to say, they form an interconnected set, with different

levels of contribution to the model, but necessarily acting together, dynamically and non-linearly (no direction defined).

It is worth mentioning that the resultant model was predominantly composed of specific factors of the employed approach and it was congruent with the psychoanalytic theory. Identifying those variables traditionally associated with psychoanalytic treatments that have indeed been active during the sessions corroborates the validity of psychoanalytic constructs in clinical settings. For example, the most important one in the model was item 89, which postulates that the therapist intervenes to help the patient avoid or suppress disturbing ideas or feelings. Considering PQS rating procedure, high scores such as 7, 8 and 9 indicate that the therapist's stance is characterised by a calm, attentive compliance intended to avoid upsetting the patient's emotional balance or to strengthen the patient's defences. Low scores such as 1, 2 and 3 indicate that the therapist does not act to shore up defences or suppress troublesome thoughts or feelings. Thus, it means that the work regarding patient's defences against emotional experience is fundamental within the process being closely associated with the variability of the patient's mental state over treatment within the proposed model. As mentioned before, the random forest algorithm does not determine the direction of the relationship between this variable and the outcome. However, an analysis of Figure 3 may indicate a hypothesis. It shows scores of variables over treatment and it is possible to visualise that variable 89 showed predominantly low scores. In other words, it suggests that the therapist did not act to strengthen the patient's defences most of the time.

Following in importance, after item 89 we have item 67 which postulates that therapist draws the patient's attention to wishes, feelings or ideas that may not be in awareness and item 92 which denotes that several links or salient connections are made between the patient's current emotional experience or the perception of events with those of the past. Both items make reference to central issues in psychoanalytic theory and technique: unconscious content

that needs to become conscious and the importance of experiences during childhood. Next, we have item 80 which indicates that the therapist presents a specific experience or event in a different perspective expanding the patient's mind by attributing new possible meanings to the patient's experiences. The following variable in the model is item 46, which represents a common factor across therapies: therapist communicating with patient in a clear and evocative style through unambiguous, direct and readily comprehensible language. Last, we have again a variable that represents a central aspect of the psychodynamic technique. Item 100 shows the therapist drawing connections between the therapeutic relationship and other relationships, linking the patient's feelings about the therapist and feelings towards other significant individuals in his or her life. It includes current, past or present relationships with parents (transference/parent link). In conclusion, the proposed model constitutes a set that clearly represents the psychodynamic factor in action.

Considering the patient's characteristics, with a preponderance of somatic symptoms and operative thinking, the importance of the variables selected by the model makes even more sense. Bringing unconscious conflicts to the patient's awareness and working in the capacity of dealing with emotions in opposition of its expressions through somatic symptoms is indeed a major objective of psychoanalytic therapies in these cases. It is worth noting that the attention of the therapist to the affect expressed while the sessions were in progress make the interventions seemed crucial in this model, which is in line with several postulated aspects in psychodynamic treatments and states the importance of a true emotional connection in the therapeutic relationship beyond the verbal content of the patient discourse.

Psychoanalytic theory works with concepts and constructs that are highly subjective. The proposition of models like the one presented in this study can contribute towards corroborating and validating these constructs by postulating them as active ingredients in therapeutic, psychodynamically oriented work. The findings of this study indicate that those

variables, mostly belonging to the set called ‘specific factors’ in psychotherapy, are not inert therapeutic agents. In contrast, the model indicates that such effects of the therapist, namely specific techniques of the employed approach, were active ingredients in the studied treatment, constituting predictors of patient distress along the process. In other words, the set of interventions proposed, when used concomitantly, had an effect on the patient’s mental state, thus proving to be effective rather than placebo techniques. Moreover, in establishing the technical validity of certain interventions, we can infer that the concepts from which they are derived can also be considered valid.

In this sense, this kind of study has the potential of contributing towards the debate between common and specific factors in psychotherapy. Yet, it seems that such a debate has been more influenced by power battles and paradigms than by thorough empirical evaluation (Mulder et al., 2017). Also, this study showed that machine learning analysis can be a useful tool in process research, promoting an advancement in the field by specifically identifying the therapist’s effects that affect the patient. Thus, we believe that the machine learning approach displayed the capability of meeting the requirements for the apprehension and study of complex phenomena such as therapeutic encounter.

The present study has some limitations that require to be addressed. The findings of this study correspond only with the case in question and generalisations are not possible from it. Also, the number of observations ($n = 62$) may be considered small. However, we believe that complexity science is promising as a comprehensive model for understanding the psychotherapeutic phenomenon. Supported by sophisticated and appropriate methodologies, it may be the path that leads to more consistent findings, so that progress can be made in meeting the four chief aims of process research: the development of understanding, the enhancement of quality, the development of theory and the provision of improved opportunities for training and clinical supervision (Hardy & Llewelyn, 2015).

References

- Ablon, J. S., & Jones, E. (2005). On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, (53), 543–567.
<https://doi.org/10.1177/00030651050530020101>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the psychotherapy process q-set to psychotherapy research. *Research in Psychotherapy*, 14(1), 14–48.
https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_23
- Benham-Hutchins, M., & Clancy, T. R. (2010). Social Networks as Embedded Complex Adaptive Systems. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(9), 352–356.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181ee42bc>
- Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., ... Ludlow, K. (2017). *Complexity Science in Healthcare - Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments: A White Paper*. Macquarie University (Vol. 1). Sydney, Australia: Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University.
- Carvalho, L. D. F., & Rocha, G. M. A. Da. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF (Impresso)*, 14(3), 309–316.
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300007>
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research - Foundations, Process, and Outcome*. Springer.
- Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., & Patel, V. L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(6), 943–947.
<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.06.006>

- Kuhn, M. (2008). Building Predictive Models in R Using the caret Package. *Journal of Statistical Software*, 28(5), 1–26.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G., & Yanchar, S. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire. In *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment: Vol. 3. Instruments for adults* (3rd ed., pp. 191–234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lantz, B. (2015). *Machine Learning with R Second Edition* (2nd ed.). Packt Publishing.
- Librenza-Garcia, D., Kotzian, B. J., Yang, J., Mwangi, B., Cao, B., Pereira Lima, L. N., ... Passos, I. C. (2017). The impact of machine learning techniques in the study of bipolar disorder: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 80, 538–554. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.004>
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy : opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 366(17), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Mwangi, B., Wu, M. J., Cao, B., Passos, I. C., Lavagnino, L., Keser, Z., ... Soares, J. C. (2016). Individualized Prediction and Clinical Staging of Bipolar Disorders Using Neuroanatomical Biomarkers. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2, 186–194. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X).Epidemiology
- Paley, J., & Eva, G. (2011). Complexity theory as an approach to explanation in healthcare: A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 269–279.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.012>

- Passos, I. C., Mwangi, B., Cao, B., Hamilton, J. E., Wu, M. J., Zhang, X. Y., ... Soares, J. C. (2016). Identifying a clinical signature of suicidality among patients with mood disorders: A pilot study using a machine learning approach. *Journal of Affective Disorders, 193*(January), 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.066>
- Passos, I. C., Mwangi, B., & Kapczinski, F. (2016). Big data analytics and machine learning: 2015 and beyond. *The Lancet Psychiatry, 3*(1), 13–15. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00549-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00549-0)
- Phelan, S. E. (2001). What Is Complexity Science, Really? *Emergence, 3*(1), 120–136. https://doi.org/10.1207/S15327000EM0301_08
- Pinto, J. V., Passos, I. C., Gomes, F., Reckziegel, R., Kapczinski, F., Mwangi, B., & Kauer-Sant'Anna, M. (2017). Peripheral biomarker signatures of bipolar disorder and schizophrenia: A machine learning approach. *Schizophrenia Research, 6*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.018>
- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 221–232. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.221>
- Salvatore, S., & Gennaro, A. (2015). Outlines of a General Theory of the Psychotherapy Process. The Clinical Exchange as Communicational Field: Theoretical Considerations and Methodological Implications. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research - Foundations , Process and Outcome* (pp. 195–212). Springer.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português

- do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(1), 44–55. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100011>
- Serralta, F. B., Pole, N., Lucia, M., Nunes, T., Laks, C., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20(5), 564–575. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.493537>
- Silva, S. M. da, Alves, I. C. B., Peixoto, E. M., Rocha, G. M. A., & Nakano, T. de C. (2016). Outcome Questionnaire (oq-45 . 2): assessment of the psychometric properties using bifactor model and IRT. *Psico*, 47(4), 1–11.
- Wu, M.-J., Mwangi, B., Passos, I. C., Bauer, I. E., Bo, C., Frazier, T. W., ... Soares, J. C. (2017). Prediction of vulnerability to bipolar disorder using multivariate neurocognitive patterns: a pilot study. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0101-9>
- Wu, M. J., Mwangi, B., Bauer, I. E., Passos, I. C., Sanches, M., Zunta-Soares, G. B., ... Soares, J. C. (2017). Identification and individualized prediction of clinical phenotypes in bipolar disorders using neurocognitive data, neuroimaging scans and machine learning. *NeuroImage*, 145, 254–264. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.02.016>
- Wu, M. J., Passos, I. C., Bauer, I. E., Lavagnino, L., Cao, B., Zunta-Soares, G. B., ... Soares, J. C. (2016). Individualized identification of euthymic bipolar disorder using the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) and machine learning. *Journal of Affective Disorders*, 192, 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.053>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APÊNDICE A – Premiações recebidas durante o período de doutorado

1. Prêmio Student Travel Award Latin America Chapter 2014

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

2. 2º Lugar no Prêmio Melhor Tema Livre

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

3. Prêmio Student Travel Award Latin America Chapter 2017

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

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

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

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



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

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

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

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

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

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

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

Desde já agradeço a sua colaboração,

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

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

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

Nome

Assinatura

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

ANEXO 2 - Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)

Versão autorizada para investigação

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

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

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

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

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

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

ANEXO 3 – Manual de Codificação do PQS

MANUAL DE CODIFICAÇÃO DO PQS - PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET

Enrico E. Jones

Tradução:

Fernanda Barcellos Serralta

Colaboradores:

Luis Guilherme Streb

Maria Lúcia Tiellet Nunes

Cláudio Laks Eizirik

Karina Brodski

Miriam Simões Pires (retrotradução)

Maria de Lourdes Figueiredo Leal (revisão)

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

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

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

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

O PQS contém três tipos de itens:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.

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

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

Item 12: Ocorrem silêncios durante a sessão.

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

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

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

Item 13: O paciente está animado ou excitado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.

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

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

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

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

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

Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.

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

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

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

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

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

Item 23: O diálogo tem um foco específico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 39: Existe um tom competitivo na relação.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 45: O terapeuta adota uma atitude de apoio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 73: O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico

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

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

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

Item 74: O humor é utilizado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 77: O terapeuta não tem tato.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 83: O paciente é exigente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 87: O paciente é controlador.

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

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

Item 88: O paciente traz temas e material significativos.

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

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

Item 89: O terapeuta age para fortalecer defesas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Item 93: O terapeuta é neutro.

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

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

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

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

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

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

Item 95: O paciente sente-se ajudado.

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

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

Item 96: Há discussão sobre horários ou honorários.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

